
alarco

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA.

TESIS PARA EL DOCTORADO EN MEDICINA

PRESENTADA Y SOSTENIDA EL 13 DE ABRIL DE 1858

POR LINO ALARCO,

BACHILLER EN MEDICINA,

SOBRE LOS ABSCESOS DEL HIGADO,

SIENDO PRESIDENTE

EL PROFESOR ORNELLAS.

Al elegir por asunto de mi tesis la historia de los abscesos hepáticos, no me he disimulado ni por un momento las dificultades de la empresa que acometia.

Desprovisto de conocimientos para tratar con éxito una cuestion que puedo titular virgen aun en la ciencia, mas de una vez hubiera renunciado á mi intento, si la bondadosa proteccion que el Sr. Dr. Ornellas ha querido dispensarme, no hubiera sido para mí un poderoso apoyo.

Colocado bajo su direccion y guiado por sus conocimientos, he podido seguir paso á paso esta dolencia; apreciar el conjunto de trastornos que la revelan, comprender las ventajas del tratamiento al que mas de un desgraciado debe su conservacion y acopiar por último la série de datos que ahora me sirven para redactar el pequeño trabajo que voy á esponer y que me atrevo á esperar la Facultad acogerá con la bondad é indulgencia que la caracterizan.

Antes de tocar al verdadero objeto de mi tesis, creo necesario traer á la memoria aunque de un modo bastante rápido, algunas nociones sobre la *Anatomía* y *Fisiología* del hígado. Este órgano es uno de los que mas llama la atencion en la Economía, tanto por su gran tamaño como por el papel importante que en ella desempeña. Situado en el hipocondrio derecho que ocupa por completo, se estiende hasta el epigastrio y parte del hipocondrio izquierdo y ofrece un volúmen mayor que el que resultaría de la reunion de todas las glándulas del cuerpo; pero á pesar de esto en el estado de salud, el hígado no va mas allá del reborde de las últimas costillas que le protegen. Organo impar y parenquimatoso y de forma comparable segun algunos anatómicos á un ovoide cortado oblicuamente segun su longitud, está limitado superiormente por el diafragma que le separa de la cavidad del pecho y unido á este músculo por algunos repliegues del peritoneo, que se conocen con el nombre de ligamentos del hígado. Su límite anterior lo señalan las siete ú ocho últimas costillas derechas; el inferior, el estómago, el duodeno, el epiploon menor, el arco del colon y el riñon derecho; el posterior la columna vertebral, junto á la que se encuentran el esófago, la aorta ventral la cava inferior y los pilares del diafragma.

Aunque la mayor parte de los órganos que acabo de mencionar, mantienen al hígado sólidamente en su posicion normal, con todo, los movimientos de elevacion y depresion del diafragma ocasionados por la respiracion y las diferentes actitudes del individuo producen ciertos cambios aunque pasageros en ella: así cuando se está de pié sobre todo si el estómago está vacío, la viscera desciende mas abajo de su límite inferior; en la posicion dorsal ó cuando el estómago está lleno lo contrario tiene lugar, el hígado asciende algunas líneas. En las posiciones lateral derecha é izquierda, se verifican igualmente algunos cambios fáciles de comprender, si se atiende á que en la primera de ellas el órgano, de suyo bastante pesado, tiene que caer sobre las costillas y en la segunda sobre el estómago, intestinos y gruesos vasos abdominales.

En las mujeres el uso del corsé que cambia la forma natural del pecho, envuelve tambien en sus modificaciones al hígado, pues á mas de comprimirlo, le hace sobresalir mucho hácia adelante y esperimentar una especie de anteversion, es decir, que su cara superior se hace anterior y la inferior posterior.

El peso del órgano que nos ocupa fluctúa en un adulto segun Sœmmering entre dos y cinco libras; segun Meckel el término medio está en cuatro libras y para M. Cruveilhier oscila entre tres y cuatro libras. Su color muy variable, es en lo general rojo oscuro en los adultos y negruzco en los ancianos; y la consistencia de su tejido aunque bastante resistente, es sin embargo muy fácil para romperse como lo prueban ciertos hechos patológicos. Sus diferentes diámetros calculando siempre en el adulto dan diez ó doce pulgadas para el trasversal;

seis ó siete para el antero posterior y el vertical al nivel de la gruesa extremidad del hígado mide de cuatro á cinco pulgadas.

En el hígado se consideran dos caras y una circunferencia que á á su vez ofrece tambien dos bordes y dos extremidades. La cara superior es convexa, igual y dividida por el ligamento suspensorio en dos partes llamadas lóbulo derecho y lóbulo izquierdo. La cara interior cóncava mas reducida que la superior, de forma muy irregular y algo dirigida hácia atrás, encierra muchas depresiones que corresponden á la cara superior del estómago, á la curvadura hepática del colon, á la cápsula supra-renal y al riñon; y varios surcos pertenecientes á las venas umbilical y porta y á la arteria hepática. En esta cara la existencia del surco de la vena umbilical, hace muy patente la division del hígado en dos lóbulos delineada ya en la cara superior por el ligamento falsiforme. Por último, para completar la enumeracion de los objetos que se encuentran en la parte del hígado que estudio, réstame mencionar el lóbulo de Spigelio y la vescicula biliar cuyo fondo corresponde precisamente al ángulo formado por la reunion de los cartilagos de las últimas costillas derechas y el borde externo del músculo recto anterior del abdomen.

La circunferencia del hígado, dije, se componia de dos bordes y dos extremidades. El borde anterior es delgado, cortante, dirigido hácia abajo y segun lo dicho arriba no pasa sino en circunstancias excepcionales del borde de las últimas costillas. El posterior grueso, redondeado sobre todo hácia la derecha y vuelto hácia arriba, se adhiere al diafragma por un repliegue peritoneal. La extremidad derecha es muy gruesa, la izquierda delgada, semejante á una lengüeta toca en ocasiones al bazo. Todo el hígado se encuentra cubierto por una membrana fibrosa muy resistente llamada cápsula de Glisson y que envía muchas prolongaciones á su parenquima. El peritoneo que tapiza las paredes abdominales y la cara inferior del diafragma, se refleja de allí sobre el hígado y le cubre todo á excepcion de su borde posterior, surcos de su cara inferior y pequeña fosa que aloja á la vejiga biliar.

Hemos mencionado ya los vasos que el hígado recibe; los nervios vienen del gran simpático, del neumogástrico y del diafragmático.

Por lo tocante á la *Fisiología* solo diré una palabra acerca de ella, dejando á un lado el sin número de discusiones de que ha sido objeto esta materia.

La secrecion de la bilis, líquido tan necesario para la organizacion tiene su orígen en el hígado; esta viscera desempeña tambien un papel importantísimo descarbonizando la sangre, cuando el pulmon por circunstancias especiales funciona imperfectamente y por último las esperiencias tan curiosas como interesantes de M. Claudio Bernard, han enriquecido la ciencia demostrando palpablemente que el hígado es un elaboratorio de azúcar.

Lo dicho basta para esclarecer algunos puntos de la historia que va á continuar: comencemos ya el estudio de los abscesos hepáticos.

ETIOLOGÍA.

Como en todas las enfermedades, en esta las causas pueden agruparse en dos categorías, *predisponentes* y *determinantes.* Entre las primeras enumeraremos la edad.

En diez y seis enfermos observados por mí y cuyas historias acompaño, el mas jóven tenia 24 años y el mas viejo 78; entre estos dos extremos se han encontrado todos los demas casos, notándose que el mayor número oscila entre 24 y 40 años, es decir, que está de parte de la edad adulta.

Sexo.—Aunque todas mis observaciones han sido recogidas en un hospital de hombres, sin embargo puedo decir sin temor de equivocarme en virtud de algunas indagaciones que he practicado en este sentido, que es raro encontrar una coleccion de pus en el hígado de una mujer. No se me oculta que el razonamiento no viene hasta cierto punto en apoyo de este resultado práctico, porque las causas que á mi modo de ver deben contemplarse como mas influyentes en el desarrollo de esta dolencia ejercen su accion igualmente en ambos sexos: pero volvamos la vista hácia una importante funcion que existe en la mujer, la mestruacion y tal vez en ella encontremos el anillo que une la teoría á la práctica que en esta ocasion parecen irreconciliables. El flujo periódico de sangre por los órganos genitales femeninos puede considerarse como estableciendo una derivacion que impide las congestiones de las visceras y prohibe toda tendencia inflamatoria en ellas; y la inflamacion como lo diremos mas tarde es el antecedente obligado de la formacion del pus. Hé aquí el modo como el Sr. Dr. Ornellas esplica la especie de inmunidad de que goza la mujer respecto de la afeccion que nos ocupa; inmunidad que sin ser absoluta es preciso aceptar, aunque la teoría no alcance á esplicarla satisfactoriamente, porque ella brota de los hechos y ante la lógica de estos aquella debe enmudecer.

Enfermedades anteriores—La Disenteria segun el sentir de algunos profesores de mérito y segun lo que resulta de algunas de las observaciones que presento, podria reputarse en ocasiones como causa de la supuracion del hígado.

Pero hay entre nosotros un principio patológico sancionado por la esperiencia, que nos induce á rechazar semejante opinion; y este principio es, que la mayor parte por no decir todas las disenterias que revisten el carácter crónico, reconocen por causa una inflamacion que es sin duda y no la disenteria la que determina la supuracion hepática; así es que lejos de mirarse estas dos enfermedades la una como causa de la otra, no deben reputarse sino como los efectos de una misma dolencia; la hepatitis.

Causas traumaticas—Las violencias ejercidas sobre el hígado y la existencia de cálculos y de quistes en él

se miran como formando parte del cuadro de las causas predisponentes. Las heridas y contusiones del cráneo juegan un gran papel y ejercen una accion esplicada de diverso modo por los prácticos, en el desarrollo de los abscesos hepáticos. Así Riolan creia que el pus formado en el cráneo á consecuencia de estas causas era trasportado en sustancia al hígado. Pouteau y Desault acusaban á las simpatias que segun ellos existian entre esta viscera y el cerebro; Richerand admitia que la misma causa que conmovia el cerebro, conmovia tambien el hígado y de allí la formacion de pus en él. En estos últimos tiempos no se ha visto en este fenómeno sino una manifestacion de la flebitis, pero sea cual fuere la esplicion que quiera adoptarse, parece racional no ver en todas ellas sino una causa única y esclusiva; la inflamacion. Pronto voy á ocuparme de esto.

La influencia del clima debe reputarse como una causa poderosísima; la fisiología y la esperiencia corroboran esta opinion. En efecto, conocida es la unanimidad con que todos los autores reconocen y confiesan la frecuencia de las afecciones hepáticas en los climas cálidos y este resultado práctico tiene una fácil esplicacion en el papel que desempeñan en el organismo el hígado y los pulmones.

Se sabe qae la sangre venosa pierde su carbono quemándolo por el contacto del oxígeno que el aire lleva á los pulmones en cada inspiracion; ahora bien, si se reflexiona en que el calor enrarece, dilata considerablemente el aire, sin dificultad se comprenderá que en un pais cálido bajo igual volúmen de gas atmosférico, el pulmon recibe menos cantidad de oxigeno que en un clima frio y entonces la sangre que no quema su carbono tan suficientemente como debia hacerlo, se carga con un esceso de este gas del que tiene que despojarse y que efectivamente pierde, porque el hígado hasta cierto punto subcedáneo del pulmon redobla la actividad de sus funciones, toma de la sangre el escedente de carbono y esto mismo lo predispone á enfermarse, pues la razon enseña y la patología hasta cierto punto prueba, que el órgano que exagera la energía de sus funciones padece con mas facilidad que el que se encuentra en condiciones opuestas.

Esta misma es la causa porque la ingestion repetida del alcohol, líquido eminentemente carbonado, ocasiona con el trascurso del tiempo distintas alteraciones hepáticas; la vitalidad del hígado se aumenta en presencia de la gran cantidad de materiales que las bebidas espirituosas le proporcionan y acabamos de decir lo que un esceso de actividad produce en todo órgano.

Si aun se quisieran pruebas prácticas en favor de esto yo podria decir que la mayor parte ó casi todos los enfermos cuyas historias presento, me han confesado que hacian un uso inmoderado del aguardiente.

Causas determinantes—La inflamacion; hé allí el gérmen de los focos purulentos su orígen único á mi modo de ver, porque todas las causas que acabamos de pasar en revista como los golpes en la cabeza que conmoviendo el cerebro á la vez que el hígado, inflaman esta viscera, la existencia de quistes, de cálculos en el órgano secretor de la bilis, las violencias dirigidas directamente sobre él &a., todas repito, no determinan la supuracion sino despertando antes la flogosis, sin la cual no hay produccion de pus; porque aunque la existencia de la inflamacion, no trae consigo como terminacion necesaria, fatal por decirlo así, la supuracion, el pus si revela siempre la preexistencia de un trabajo patológico inflamatorio.

Yo sé muy bien que hay algunos autores que admiten ciertos abscesos del hígado como estraños á todo fenómeno inflamarorio y como ligados á la flebitis, pero aun admitiendo esta opinion no es verdad que el pus llevado al hígado bien sea por las venas ó bien por los vasos linfáticos obra como un cuerpo estraño que irrita y provoca la hepatitis? En fin, para corroborar mas este principio "sin inflamacion no hay pus" diré que en los diez y seis casos de abscesos hepáticos que he observado, siempre la inflamacion ha sido su precursora.

SÍNTOMAS.

Para ser metódico en la exposicion que va á seguir, dividiré los síntomas en locales y generales, pero antes una palabra acerca de los trastornos que anuncian que la supuracion se está formando.

Cuando la hepatitis se hace superior á todos los medios que el arte suministra y sigue la marcha patológica de la inflamacion, el primer síntoma que despierta la atencion del práctico es la persistencia de un dolor en el hipocondrio sordo y gravativo, que aumenta por los esfuerzos de la respiracion y que continúa á veces por sí solo un tiempo mas ó menos largo hasta que nuevos trastornos vienen á agregársele; así la fiebre no tarda en encenderse, el pulso es pequeño y frecuente, el sueño agitado, la respiracion un poco difícil, sobrevienen exacervaciones febriles durante la noche y alternativas de sudor y calofrios. La sed es viva, el apetito disminuye y el enflaquecimiento se pronuncia cada vez mas. Este estado persiste mas ó menos tiempo hasta que la enfermedad se confirma y entónces una nueva série de cambios se ofrece tanto en la localidad de la afeccion, como en la Economía toda, que hondamente conmovida dá muestras de su sufrimiento general.

Síntomas locales—Hay casos como lo manifiestan catorce de las observaciones que poseo, en que la simple vista revela un aumento de volúmen del hígado caracterizado por una prominencia del hipocondrio variable en cuanto á su sitio y dimensiones, pues unas veces ocupa toda esta region por completo, otras reside solamente en una parte de ella ó en el epigastrio y por último en ocasiones se la encuentra en todos estos pun-

tos á la vez. La forma que afecta la elevacion que estudiamos es mas ó menos regular; su mayor diámetro se le encuentra por lo comun en sentido trasversal y con frecuencia se nota tambien que las últimas costillas concurren á aumentar su base, pues ascendiendo el hígado se exagera la natural convexidad de ellas, se borran los espacios intercostales y la base del pecho se deforma.

El dolor es una de las manifestaciones que puedo titular inherentes á la supuracion hepática: espontáneo en la mayoria de los casos existe siempre que se le provoca con la mas ligera presion. Su carácter que era como mas arriba hemos dicho gravativo, se hace pulsativo y su intensidad es variable lo mismo que su sitio; así hay enfermos en quienes aunque es muy molesto no lo es tanto para privarles enteramente del sueño y ocasionarles un estado de agitacion tal, que acredita terribles sufrimientos. Sin embargo he visto un individuo que no encontraba posicion alguna capaz de mitigar la intensidad de sus sufrimientos y en quien solo el ademan de poner la mano sobre su abdomen, le hacia dar gritos y retirarse violentamente para impedir que se le tocase. En cuanto á su sitio ya ocupa la region epigástrica, ya un punto mas ó menos limitado del hipocondrio, ya la parte inferior del torax ó todo el hipocondrio, ó ya todos estos lugares reunidos; pero de cualesquiera de ellos como de un foco se irradia á las diferentes regiones abdominales y lo que es mas constante, al hombro derecho trasmitido probablemente por el nervio diafragmático

Por la palpacion cuyos resultados deben haberse entrevisto ya cuando se ha hablado de la deformidad del pecho y vientre, se obtienen resultados de considerable utilidad: con ella se descubre el borde cortante del hígado que se estiende hasta algunas líneas mas allá de las ultimas costillas, hasta cerca del ombligo, hasta este último punto ó hasta la fosa iliaca derecha, como he podido verlo una vez en el cadáver de un individuo cuya autopsia hizo casualmente el Sr. Dr. Ornellas y que habia fallecido en un uno de los servicios del hospital de San Andrés casi súbitamente. En el hipocondrio izquierdo tambien suele encontrarse una porcion del órgano enfermo que va hasta allí y que entonces se ofrece bien bajo la forma de una especie de masa redondeada, cuyos límites se precisan mal ó bien afectando la de una lengüeta delgada de bordes cortantes y apreciable al través de las paredes abdominales. Estas dos variedades de forma dependen del sitio ocupado por la coleccion purulenta; la primera se presenta cuando el absceso ocupa el lóbulo izquierdo del hígado, la segunda cuando ocupa el lóbulo derecho, pero en ambos casos el cuerpo que se toca es desigualmente resistente y unida é igual su superficie.

La percusion viene á rectificar los resultados que acabamos de referir, mas para emplear con fruto este medio de esploracion es necesario percutir el torax de alto abajo y tanto por la parte anterior como por la posterior y la lateral; percutir igualmente el hipocondrio y llevar la esploracion hasta mas allá de él á todo el abdomen, porque se sabe que cuando el hígado está enfermo, su desarrollo anormal le obliga á subir hasta muy arriba de la cavidad del pecho y á comprimir por consiguiente al pulmon empujando al diafragma, á descender considerablemente, ó á estenderse mucho en sentido trasversal, segun el punto del hígado donde se haya desarrollado el absceso. Así con frecuencia he encontrado hígados que desde la sesta costilla (contando de arriba abajo) descendian hasta dos pulgadas mas abajo de la última y que trasversalmente se prolongaban hasta ocupar el epigastrio y el hipocondrio casi del todo.

La mensuracion alternativa del lado derecho del torax y del izquierdo en su base, permite apreciar datos que se conciben sin gran trabajo si se recuerda que hemos hablado de una elevacion mas ó menos marcada de esta cavidad; y en efecto siempre he hallado una diferencia de parte del primero que fluctúa en todos los casos entre algunas líneas y dos pulgadas, tomando por puntos de partida ya la novena apofisis dorsal y el apéndice jifoides ó ya la undécima ó duodécima apófisis y su punto correspondiente en altura de la línea blanca.

Si fijamos ahora la atencion en el aspecto de la piel que cubre el lado derecho del torax, el hipocondrio, el epigastrio y las partes del abdomen próximas á estos puntos, encontramos que pocas veces ofrece algo que notar á no ser que hagamos mérito de dos forunculos que se observaron una vez en el individuo cuya historia se registra bajo el número 12 y de una que otra línea que serpea por su superficie de color rojo y que constituye un verdadero eritema. Lo que es importante notar aquí es que los tegumentos suelen adherirse al tumor subyacente y mas á menudo ser el asiento de un edema tan considerable á veces que conservan por algun tiempo la impresion del dedo que los deprime.

La fluctuacion síntoma de tanto valor que por sí solo es el patognomónico hasta cierto punto de un absceso, en las colecciones purulentas de que trato, poquísimas veces se deja sentir y en el mayor número de ellas es tan oscura, que por mucho que sea el cuidado que se emplee para apreciarla, nunca es bastante para disipar todas las dudas; esto depende sin duda de la profundidad á que el líquido se encuentra y de su mucha consistencia.

Hemos enumerado hasta aquí los principales síntomas que se encuentran en el grupo de aquellos que hemos llamado locales, pero aparte de ellos existen otros que deben reputarse en la misma categoría y que se notan en la cavidad del pecho. Estos son debidos á la compresion que los órganos contenidos en ella, sufren

Por el desarrollo anormal de la viscera enferma y que se traducen por la percusion y auscultacion. La primera es oscura en la base del pulmon derecho en los casos en que el hígado se eleva mucho y su oscuridad va disminuyendo á medida que se percute mas arriba, encontrando este fenómeno una esplicacion satisfactoria en la condensacion que se verifica en el parenquima pulmonar del lado derecho comprimido por el hígado. El pulmon del lado izquierdo da una sonoridad normal, salvo los casos en que exista otra enfermedad estraña á la que estudiamos ahora.

En los mismos casos que acabamos de fijar, la auscultacion revela que el murmullo vescicular se encuentra un poco disminuido y como reemplazado por una ligera respiracion turbaria, que se acompaña de una broncofonía mas ó menos marcada y todo esto de parte del pulmon derecho, porque la compresion de sus vescículas impide que el aire llegue hasta ellas y hace que resuene mas ó menos en los bronquios. En el pulmon izquierdo en estas mismas circunstancias se encuentra la respiracion pueril, porque estorbado su congenere en su funcion tiene que redoblar su energía haciendo funcionar cierto número de vescículas que parece estaban antes en receso.

La region precordial participa tambien de los desórdenes que los abscesos hepáticos producen en la Economía; así no es estraño encontrar aumentada la impulsion del corazon, este órgano mas ó menos dislocado hácia la izquierda, su punta golpeando el pecho mas abajo del punto fisiológico y sus ruidos ya claros y superficiales, ya oscuros y profundos, encontrarlos acompañados de un ruido de fuelle en uno de los dos tiempos y que no está ligado á una alteracion orgánica del corazon sino mas bien á un trastorno funcional producido por la desviacion del órgano, si he de juzgar por lo que yo he visto, pues nunca he encontrado en los cadáveres de individuos muertos de absceso hepático y que habian presentado un ruido de fuelle de los mas claros, ninguna alteracion orgánica capaz de justificarlo.

Síntomas generales—Necesario es que una dolencia que produce desórdenes tan graves en el hígado, órgano cuyos lazos son tan estrechos con el tubo digestivo los produzca tambien en todos los actos fisiológicos de la vida; y en efecto, hiere la vista del médico la demacracion profunda que ofrece el individuo en muy poco tiempo; en su fisonomía descarnada y en la que se pinta el sufrimiento, se encuentran los ojos rodeados de un círculo amoratado, hundidos en sus órbitas, teñidos de amarillo y los pómulos muy salientes. Los movimientos que ejecuta el paciente son lentos, penosos y despiertan la intensidad de los dolores que se calman un tanto cuando el individuo se coloca en la posicion dorsal que es la adoptada de preferencia. La piel seca en algunos puntos y cubierta de sudor en otros, ofrece una sufusion ictérica bastante apreciable en uno que otro caso. La lengua áspera, seca ó húmeda y cubierta de una capa amarillenta ó blanquecina, es ancha ó puntiaguda y sus bordes y estremidad mas ó menos rojos; la boca amarga, las encías pálidas ó encendidas estan no pocas veces fuliginosas, sangran con facilidad y su contorno se encuentra rodeado de un ribete tambien fuliginoso. El apetito está disminuido, falta del todo ó lo que es mas raro observar hay aversion por los alimentos, escitando entónces la simple vista de ellos vómitos; la sed variable está aumentada en la mayoría de enfermos. La digestion estomacal pervertida en cierto modo se acompaña de cólicos, borborigmos y un gran desarrollo de gases que meteoriza el vientre; hay náuseas, vómitos mas ó menos frecuentes de naturaleza biliosa y diarrea de la misma naturaleza. Este último síntoma como se puede ver en las observaciones números 4 y 6 falta algunas veces, pues en estos dos casos lejos de existir, se encontraba el estado opuesto, constipacion intestinal.

De parte de las vias respiratorias observamos toz aunque ligera, disnea que á veces vá hasta la oftornea encontrándose entonces el paciente condenado á estar durante dia y noche y constantemente sentado, porque el cambio de posicion trae consigo síntomas de asfixia. Los esputos arrojados con la toz salvo casos escepcionales son simplemente mucosos. La calorificacion está aumentada, la frente y las manos arden segun la espresion de los enfermos y el pulso que ya es duro, frecuente y lleno, ya blando, pequeño, y depresible, es siempre febril ofreciendo exacervaciones nocturnas que unidas á los sudores que empapan solo el cuello, cara y pecho, consumen y abruman al paciente.

El insomnio es constante bien sea suscitado por la violencia de los dolores ó sin que estos existan, el sueño huye de los párpados de los enfermos y para colmo de la terrible situacion de estos desgraciados al estado de vigilia se agregan una agitacion y ansiedad indescribibles.

La cabeza está simplemente pesada ó hay cefalalgia, los oidos zumban, los calofrios son frecuentes, hay vértigos, las respuestas son lentas y las estremidades inferiores se infiltran por la compresion que el hígado aumentado de volúmen ejerce sobre los gruesos vasos de la cavidad del abdomen. La orina escasa, clara ó encendida dá muchas veces un sedimento de un fuerte olor amoniacal y en dos distintas ocasiones en que con el reactivo de Frommerhz y con el ácido nítrico he buscado el azúcar y la materia colorante de la bilis en ella, no he encontrado ni lo uno ni lo otro.

MARCHA Y DURACION.

Un absceso hepático progresa rápidamente; en poco tiempo consume, funde toda la sustancia del hígado, el que entónces se convierte en un enorme quiste purulento. Su duracion está en relacion con la capacidad del absceso, con la mayor ó menor robustéz del enfermo y

sobre todo con la naturaleza de sus diferentes terminaciones.

TERMINACION.

Dos son los medios con que la naturaleza cuenta para desembarazarse del pus formado en cualquiera parte del cuerpo; la absorcion y la escrecion. Por la absorcion el pus vuelve al seno de la Economía despues de haber sufrido una especie de análisis; no se introduce en el torrente de la circulacion sino descomponiendose prévíamente en sus diferentes elementos.

Esta terminacion felicísima sin duda, admitida y defendida por algunos autores entre los que se encuentra M. Chassaignac, debe ser reputada, ya que no como imposible, por lo menos como escesivamente rara y esto lo decimos en atencion al prestigio del nombre que citamos porque francamente, casi nos atrevemos á negar redondamente desenlace tan feliz.

La escrecion si se observa diariamente; el cirujano la imita á cada paso y la naturaleza para conseguirla hace esfuerzos superiores á cuanto podria forjar la imaginacion: así los Doctores Bentley y Allan han visto romperse un absceso hepático en el pericardio y matar rápidamente al enfermo. En los archivos de Medicina se registra un caso análogo á este.

La ciencia posee observaciones en corto número, es verdad, en que la coleccion de pus se ha derramado en el mediastino anterior. M. Piorry ha encontrado un caso en que introducido el pus en la vena cava ocasionó instantáneamente la muerte. En el riñon se ha vaciado tambien un absceso del hígado y el pus se ha escretado con la orina segun lo refiere Naumann. Otras veces fraguándose el pus una via entre el diafragma y los músculos intercostales ó entre los tegumentos y los músculos, ha ido á presentarse sobre las costillas falsas, al rededor del ombligo ó en la axila como cita un caso M. Grisolle.

No faltan ejemplos tambien de aberturas múltiples como un caso que yo conozco acaecido en un chino en quien el pus se habia abierto camino por el pulmon y por los intestinos. Valleix refiere un caso enteramente igual á este. El sugeto en quien recayó despues de haber presentado los síntomas de una afeccion aguda del hígado, expelió mucho pus por el ano y las deyecciones fueron seguidas de mejoria tan perceptible que se creyó al enfermo completamente sano. Pero habiéndose presentado nuevamente los síntomas de la afeccion hepática al cabo de un mes, hubo rotura en el pulmon, espectoracion considerable de pus y en seguida curacion completa.

Por último, el pus ha podido caer en la segunda porcion del duodeno, no en virtud de una perforacion establecida entre su foco y esta porcion del intestino sino pasando á través del conducto hepático: por mi parte yo he visto evacuarse el pus ocho veces por una abertura practicada artificialmente en las paredes abdominales; dos por la boca fraguándose el líquido morboso un camino á través del pulmon, que por el intermedio del diafragma se habia adherido á la cara superior del hígado; dos veces derramándose en la cavidad del peritoneo; una vez invadiendo el colon que se habia perforado y finalmente otra vaciándose por completo en el estómago y otra en la cavidad de las pleuras. Voy á dedicar algunas líneas tan solo á las terminaciones que me ha sido dado observar.

Perforacion de las paredes abdominales—En estos casos la cantidad de pus que ha salido de una sola vez, el primer dia de la abertura del foco ha oscilado entre cuatro y media onzas y dos libras dos onzas. Este líquido ofrecia en todes estos enfermos el aspecto de un humor espeso, rojizo y comparable con bastante exactitud al chocolate. Solo en un caso que debo escepcionar y cuya historia lleva el número 2, el pus era de un color verde, pero al cabo de algunos dias revistió los caracteres de la supuracion hepática. Debo advertir que en este mismo individuo se encontraron algunas hidátides mezcladas con el pus.

En otro enfermo que creo á propósito citar aquí, (observacion número 15) sucedió que despues de evacuada la materia de la supuracion, salia por la herida cierta cantidad de bilis pero suficiente para teñir las piezas de apósito, la camisa y las sábanas de la cama del paciente.

A pesar de esta circunstancia cuya causa se encuentra sin duda en la rotura de algun pequeño conductito biliario, el enfermo que aun no ha dejado el hospital hace esperar en atencion á su estado bastante satisfactorio, una pronta curacion. Pero volvamos á los caracteres físicos del pus: su olor es repugnante, tiene como su color algo de especial y si se le deja reposar por algunas horas en un depósito cualquiera y se le vacía despues lentamente, se nota que su parte roja ha ido ganando poco á poco el fondo del vaso, que está formada de una multitud de corpusculitos del color de la sustancia del hígado, muy perceptibles cuando se agrega un poco de agua al sedimento y que á no dudarlo no son sino pequeñas porciones de ella.

Veamos ahora lo que pasa en los momentos de la evacuacion del pus y despues de ella, segun que el éxito es feliz ó desgraciado.

La elevacion del hipocondrio como es fácil adivinarlo, disminuye; á la molestia y agitacion que tienen lugar mientras sale el pus, se sostituye despues de un tiempo generalmente corto una sensacion de bien estar mas ó menos completo; la respiracion es mas franca, el dolor se acalla, el hígado se reduce en volúmen, la tension del hipocondrio cesa, los movimientos son menos penosos y el sueño viene si se me permite la espresion, á poner un paréntesis á los sufrimientos del enfermo.

Si la enfermedad marcha hácia la curacion, despues de algunos dias en que el pus se derrama en mas ó menos abundancia, su cantidad vá sensiblemente disminuyendo, el foco reduciendo su capacidad, la víscera recuperando sus dimensiones normales, las fuerzas renacen, el apetito se desarrolla, la digestion se regulariza, el pulso cae, los vómitos si es que existian se cohiben, la fisonomía pierde su espresion de tristeza, la supuracion se agota cada vez mas y por último el trayecto fistuloso se oblitera.

Si por el contrario el éxito vá á ser fatal, entónces la supuracion es inagotable, cantidades enormes de pus se derraman constantemente; persiste la anorexia ó lo que es peor hay aversion por los alimentos, la sed es intensa, la demacracion hace rápidos progresos, los vómitos y diarreas si existian redoblan su frecuencia, y si nó, no tardan en presentarse; la postracion de fuerzas marcha á la par del enflaquecimiento, el pulso se hace frecuente y pequeño, las estremidades se enfrian, la cara toma el aspecto hipocrático y conservándose la inteligencia para mayor tormento de estos desgraciados hasta los últimos instantes, sucumben por fin bajo la influencia de tantas causas de aniquilamiento.

Rotura en los pulmones—En los dos casos que he presenciado este accidente, un dolor muy intenso al hipocondrio y una toz violenta seguida de la espectoracion de pus en gran cantidad anunciaron esta terminacion. En uno de ellos se oia aplicando el oido sobre la espalda un estertor mucoso de gruesas burbujas, que iba desapareciendo á medida que el foco purulento se agotaba: este individuo obtuvo su curacion.

En el otro iguales síntomas se manifestaron al principio pero poco tiempo despues existian las señales de una caverna y el enfermo murió como mueren los tísicos, en un estado de completo marasmo.

Perforacion del estomago—Esta terminacion que he visto una vez se anunció por estos síntomas; fiebre alta, vómitos biliosos frecuentes, primero solo durante la noche y despues á toda hora, cefalalgia, viva sensibilidad al epigastrio, gran postracion de fuerzas, salida por la boca de una abundante cantidad de pus y muerte un momento despues.

Perforacion del colon—Hé aquí lo que sucedió en el único caso de esta naturaleza que conozco: de pronto aparecieron cólicos violentos, diarrea y con ella pus en can tidad: las evacuaciones se repetian y tambien el pus, hasta que dos dias despues sobrevienen calosfrios, sudores abundantes, vértigos y un síncope al que sostituye un estado soporoso que duró hasta la muerte que sobrevino trece horas despues.

Perforacion de la pleura—En los casos de derrame entre las dos ojas de la serosa del pecho se presentan como es fácil concebir, todos los síntomas de una pleuresia; disnea, fiebre alta, desaparicion del murmullo respiratorio en la base del pulmon, matitez á la percusion, toz y dolor pungitivo en la base del torax.

Un enfermo que nos presentó este cuadro de síntomas, murió y la autopsia hizo ver que existia una perforacion en el diafragma que daba paso al pus á la cavidad pleural.

Finalmente, aun me queda que hablar de la termi nacion mas rápida en sus terribles efectos y que sin tener en cuenta el resultado de mis observaciones, la creo una de las mas frecuentes despues de la rotura en los pulmones; me refiero al derrame de pus en el *Peritoneo* Cuando esto tiene lugar, los enfermos esperimentan un dolor súbito y vivísimo que del hipocondrio se irradia á todo el abdomen el que se meteoriza prontamente y se hace mas doloroso aun á la presion; hay hipo, la voz se apaga, los ojos se hunden en las órbitas, se rodean de un círculo violado, la fisonomía se descompone, la piel se cubre de un sudor glacial, las estremidades se enfrian, la postracion llega á su máximum, el pulso es vivo, pequeño y concentrado, aparecen vómitos y la muerte llega despues de un tiempo generalmente corto. Yo he visto una de estas peritonitis que ocasionó la muerte despues de dos horas y otra en que la agonia duró cinco.

Vemos pues que son muchos y admirables los medios de que la naturaleza se sirve, para quedar libre del cuerpo estraño que no puede menos que dañarla; pero en todos ellos hay ciertas circunstancias que puedo decir marcan la especie de terminacion; así los abscesos que ocupan el centro del hígado son los que alguna vez se han derramado en los intestinos delgados, sirviéndoles de medio conductor el conducto hepático y el colédoco; los que ocupan la cara superior del hígado son los que contraen adherencias con el diafragma y suelen á beneficio de ellas, derramarse en la pleura ó atravesar el pulmon; los que ocupan la cara inferior de la víscera, son los que contraen íntimas adherencias con el estómago, con un punto cualquiera de los intestinos que la tocan, con el riñon y á través de estos órganos salen al esterior ó simplemente antes que una reunion se haya establecido, antes que la via que el líquido patológico tiene que recorrer se haya organizado, este se esparce en la cavidad del peritoneo. Paro hay otros casos en que nada de lo dicho sucede; en que el absceso tiende á abrirse al esterior formando encónces una fuerte sali da en el hipocondrio. En estos casos es en los que la fluctuacion suele percibirse y en los que sea dicho desde ahora, la vida del enfermo está menos comprometida.

COMPLICACIONES.

Solo reputaré como tales á la peritonitis parcial ó general, á las ascitis que es su consecuencia (observacion número 4) y á los vómitos y diarreas que á veces por su frecuencia afectan el carácter de una verdadera complicacion.

Lo único que tengo que decir acerca de ellas es que agravan el pronóstico: en cuanto á las indicaciones á que dan lugar, son las mismas que si por sí solas constituyesen la enfermedad toda.

DIAGNÓSTICO.

Llegamos á uno de los puntos mas dificiles de la patología del órgano secretor de la bilis. En efecto si tratándose de colecciones purulentas superficiales, vemos diariamente á Médicos de reconocida capacidad y estensa práctica encontrarse sumamente embarazados para pronunciarse acerca de la existencia del pus, que no será

cuando se trata de un absceso desarrollado en el espesor de un órgano, situado él mismo profundamente y cuyo pus muy espeso las pocas veces que permite verificar la fluctuacion, se la obtiene muy oscura?

Cierto es que siempre yo he visto al Sr. Dr. Ornellas formar un diagnóstico cierto sobre la existencia de un foco purulento del hígado y mas de una vez en la que persona de grave autoridad abrigaba dudas, poner el trocar y confirmar su opinion la salida de un chorro de pus; pero á pesar de esto repito este diagnóstico está rodeado de grandes dificultades. Los únicos síntomas que el mayor número de veces guiarán al práctico, son la existencia anterior de una hepatitis, la presencia de un tumor en el hipocondrio, la pastosidad ó edema de la piel que lo cubre, los calofrios, la exacervacion de la fiebre y los sudores nocturnos, la permanencia del dolor á la region hepática, gravativo al principio pulsativo despues y la fluctuacion cuando el médico es bastante afortunado para percibirla.

Pero no se crea que el conjunto de estos síntomas da la certidumbre porque aun la fluctuacion que salvo casos escepcionales se reputa como señal inequívoca de un foco de pus, tratándose de un absceso hepático pierde este carácter habiendo otros tumores del hipocondrio que pueden producirla y de los que paso á ocuparme.

Tumor biliario—Este podrá ser confundido con un absceso del hígado pero su aparicion rápida, su exacta circunscripcion, la falta de edema en la piel que lo viste, su sitio que es el ángulo formado por las últimas costillas falsas y el músculo recto abdominal, la fluctuacion manifiesta y superficial que en él se percibe, la falta de fiebre, y su desaparicion brusca, bien sea ejerciendo una presion ligera y sostenida sobre el tumor ó bien espontáneamente, pondrán á cubierto de semejante error.

Quistes simples o hidaticos—Estos se diferencian de un absceso porque se forman lentamente y sin reaccion general, son perfectamente circunscriptos, indolentes y sin que la piel que los cubre ofrezca la pastosidad que en el absceso. Por último presentan fluctuacion desde muy temprano y uno de ellos ofrece un ruido particular cuando se le percute conocido con el nombre de estremecimiento hidático y el otro á beneficio de una puncion esploradora solo deja escapar serosidad.

Cancer del hígado—Las diferentes masas que el cancer del hígado deja sentir á la palpacion, la naturaleza del dolor que le acompaña, el color que presenta la piel de una persona afecta de cancer, la frecuencia de los abscesos hepáticos entre nosotros y la escesiva rareza del cancer del hígado y por último en los casos muy dudosos una puncion con el trocar esplorador, establecerá definitivamente el diagnóstico porque un absceso dejará escapar pus y un cancer sangre.

Aneurisma—La aorta ventral comunicando sus pulsaciones al hígado aumentado de volúmen como se refiere en la observacion número 2, podria hacer creer en esta afeccion; pero la existencia de signos anteriores y presentes que revelan un sufrimiento del órgano secretor de la bilis y la falta del ruido del fuelle y mas que todo del movimiento espansivo de las aneurismas disipará todas las dudas.

Absceso de las paredes abdominales—La falta de signos que indiquen una afeccion del hígado, como la carencia de tinte ictérico de las conjuntivas, de vómitos que rara vez no se presentan en los abscesos hepáticos; la falta de aumento de volúmen en el hígado, la superficialidad del dolor, la rubicundéz de la piel y la claridad de la fluctuacion harán conocer esta afeccion.

Tubérculos pulmonares—A primera vista parece supérfluo que toquemos esta enfermedad para diferenciarla de una coleccion de pus en el hígado. porque los trastornos que ambas determinan tienen tanto de especial que todo error puede reputarse como imposible. Pero supongase un absceso resultado de una hepatitis crónica, abierto en los pulmones de un individuo que tose desde algun tiempo atrás; mas ó menos demacrado, que arroja con la tos esputos purulentos teñidos de sangre; cuyo pecho revela á la auscultacion y percusion los mismos síntomas que en el tercer periodo de la tisis y entónces se conocerá la oscuridad que rodea este diagnóstico.

Para ponerse á cubierto de un error tan posible, es necesario apreciar la mayor ó menor predisposicion del individuo á la tisis, calculándola por su constitucion é influencia hereditaria; estudiar cuidadosamente la marcha de la enfermedad, porque en los tubérculos de cien veces noventa y nueve presentan hemotisis anteriores y porque en ellos los síntomas de una escavacion pulmonar no se presentan tan rápidamente como cuando un absceso se vacia en los pulmones.

Finalmente debe examinarse el estado del hipocondrio porque en caso de un foco de pus en el hígado á mas de haber dado antes este órgano síntomas de su sufrimiento, es raro que no conserve señales mas ó menos visibles de él y esplorar con cuidado el pecho porque tambien es raro que tratándose de tubérculos, mientras un punto del pulmon presenta señales de una caverna, en otro no se encuentren los trastornos que acusan, bien el primero ó el segundo periodo de esta afeccion.

Pero no se crea que observando la conducta que acabamos de trazar, está el médico á salvo de un equívoco, porque casos hay en que la dificultad es tanta que á prácticos de profundos conocimientos no ha sido posible evitarlo.

PRONÓSTICO.

Considerado de un modo absoluto es muy grave, pero no lo creo tanto como lo juzgan algunos médicos y la prueba es esta.

Sobre diez y seis individuos asistidos por el Sr. Dr. Ornellas cuyas historias acompaño y muchos de los que han ingresado á su servicio en un estado desesperante se encuentran siete curaciones, incluyendo un enfermo que aunque todavia no está perfectamente sano, con todo como ya he tenido ocasion de decirlo en otro lugar, su estado bastante sasisfactorio hace esperar una pronta curacion.

Pero estableciendo el pronóstico relativamente á

cada una de las terminaciones, diré ateniéndome esclusivamente á mis historias; que la menos grave es aquella en que el pus sale al esterior á través de una perforacion de las paredes abdominales, porque sobre ocho casos de este género encuentro seis curaciones. En seguida la terminacion mas favorable parece aquella en que el pus sale por la boca atravesando los pulmones, porque así he visto salvar un individuo sobre dos casos de esta naturaleza.

Quizá por la estrechez del círculo en que he hecho mis estudios sobre esta materia, no sean muy exactas estas conclusiones, pero hasta el presente hé allí el resultado de mi corta experiencia.

TRATAMIENTO.

Hay un principio en terapéutica quirúrgica que establece como necesaria la evacuacion del pus tan luego como se haya reconocido su existencia; pues bien, este principio tiene aquí su mas exacta aplicacion, tanto porque observándolo se pone un término á las alteraciones que el pus depositado en el hígado produce en él, como porque se impide que el absceso se abra en otro punto que no sea la piel. Pero ¿como evacuar el pus? Para resolver esta cuestion recuérdese que entre el foco purulento y la piel existen ademas de otras cubiertas, dos ojas del peritoneo, una que tapiza la pared abdominal y otra la víscera afecta; recuérdese tambien que un poco de pus que se deslize entre estas dos ojas lleva consigo la muerte, porque la peritonitis mata rápidamente al enfermo y entonces se convendrá que para verificar esta operacion sin riesgo, es necesario que antes las ojas parietal y visceral del peritoneo se hayan adherido; es decir que es necesario imitar en cuanto se pueda á la naturaleza en la que la reunion precede á la separacion, la síntesis á la diéresis.

Para conseguir este objeto diferentes procedimientos han sido empleados; yo los enumeraré rápidamente deteniéndome un poco en el que he visto emplear constantemente y que yo adopto.

Procedimiento de M. Begin—Este cirujano corta sobre el hipocondrio capa por capa la pared abdominal hasta llegar al peritoneo que tambien incinde con precaucion; allí se detiene y llena la herida de hilas. Tres ó cuatro dias bastan para que suscitada la inflamacion en ella se haya producido la adherencia del absceso á sus labios; entónces levanta las piezas de apósito y ataca el tumor con el bisturí ó con el trocar.

Procedimiento de M. Graves—Solo se diferencia del anterior en que no se corta el peritoneo. En lo demas es exactamente igual.

Procedimiento de M. Recamier—M. Recamier abre el foco purulento aplicando sobre su punto mas saliente un fragmento de potasa cáustica. La escara que esta sustancia deja, se corta, se aplica sobre la herida otro pedazo del cáustico, se corta nuevamente su escara y así sucesivamente hasta que se llegue á abrir el foco, mortificando un punto de sus paredes.

Procedimiento de M. Jobert de Lamballe—Este procedimiento aunque aplicable á los abscesos lo es mucho mas á los quistes. Hé aquí en lo que consiste. M. Jobert hace una puncion con un trocar casi capilar y con él evacua la mayor cantidad posible de líquido; deja implantada en el saco la cánula del trocar durante 24 horas á fin de provocar en él una exudacion de linfa plástica y una inflamacion adhesiva.

En seguida este profesor repite sus punciones hasta vaciar completamente el foco y conseguir obliterarlo.

Finalmente hablemos del *procedimiento* que he visto emplear al Sr. Dr. Ornellas y que *pertenece a M. Nelaton.*

Se hace uso de la pasta de Viena que tiene sobre la potasa cáustica la ventaja de que se pueden limitar mejor sus efectos ejerciéndose su accion mas en profundidad que en superficie y se la aplica sobre el punto mas saliente del tumor, bien entendido si allí no existe algun órgano que importa respetar. Despues que esta sustancia ha hecho su efecto, se corta la escara con el bisturí ó las tijeras para acelerar mas su accion y se la aplica otra vez. Si la pasta está bien preparada seis aplicaciones por término medio son bastantes para llegar á suficiente profundidad; entonces se la abandona y se abre el absceso con el bisturí ó mejor con el trocar.

Una vez obtenida la escrecion del pus conviene limpiar su foco haciendo uso de las inyecciones de agua tibia é impedir se oblitere su abertura colocando en ella una mecha.

Resta por último obtener la obliteracion de la escavacion hepática y con este fin se recurre á las inyecciones de yodo que modifican la superficie con quien se ponen en contacto y determinan un derrame de linfa plástica. Pero para hacer de ellas un uso prudente, para que no susciten una inflamacion muy viva, es necesario primero acostumbrar por decirlo así la parte que debe recibirlas inyectando este líquido al principio en una débil solucion como una parte por cinco de agua, é ir aumentando despues poco á poco la dósis hasta llegar á administrarlo puro.

Al mismo tiempo que se emplea este tratamiento tópico debe proporcionársele al enfermo una alimentacion bastante reparadora, porque nunca debe olvidarse que la escesiva supuracion lo estenúa y aniquila y que la economía debe cobrar vigor para luchar contra tantas pérdidas como acompañan á tan grave mal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Voy á esponer únicamente los resultados de las pocas autopsias que he verificado.

El volúmen del hígado es enorme por lo comun; su color ya amarillento ya rojo ó moreno oscuro ó ya gris, y su parénquima reblandecido se deja penetrar

fácilmente por el dedo: sus adherencias son íntimas con el diafragma, con las paredes abdominales sobre todo cuando se ha querido abrir el absceso con el cáustico; con las últimas costillas, con el estómago, con los intestinos y con el peritoneo.

Por lo que hace al absceso mismo, su sitio es variable, ya ocupa el lóbulo derecho ya el izquierdo; constantemente lo he visto unilocular y su capacidad mas ó menos vasta, lo es tanto á veces, que todo el hígado se convierte en una especie de cáscara completamente llena de pus.

No volveré acerca de lo que sobre este líquido he dicho ya al ocuparme de las terminaciones: por lo tocante á su receptáculo, sus paredes están en ocasiones formadas solamente por el tejido del órgano alterado y reblandecido y como incrustado de una multitud de grumos de pus; otras veces estan tapizadas por una falsa membrana mas ó menos espesa y que constituye un verdadero quiste.

La vejiga biliar se presenta repleta ó apenas distendida por un líquido negro ó verde y no pocas veces de consistencia mucilaginosa.

El estómago fuertemente repelido hácia la region del bazo, perforado y reblandecidas sus paredes; su cara interna barnizada de un color violado, conteniendo coágulos sanguíneos y todo él enormemente distendido por gases.

Los intestinos inflamados repelidos hácia el hipogastrio, conteniendo tambien coagulos sanguineos y una parte de ellos, el colon, perforado.

El peritoneo presentando señales de una viva inflamacion y conteniendo pus en cantidad variable.

El diafragma perforado. El pulmon derecho mas ó menos comprimido, se me ha presentado una vez reblandecido, íntimamente adherido á las paredes torácicas, cruzado por una enorme caverna y sembrado de tubérculos en el estado crudo. El pulmon izquierdo en el mismo cadáver que ofreció las alteraciones anteriores, ofrecia tambien algunas masas tuberculosas.

Las pleuras inflamadas, cubiertas de falsas membranas, contenian una vez pus.

El pancreas lo he visto bastante rojo; el bazo fuertemente rechazado hácia atrás y por lo que toca al corazon, riñones y cerebro, nunca han ofrecido algo digno de fijar la atencion.

OBSERVACIONES.

NUM. 1.

Marzo 20 de 1856.

Natividad J. Zeballos, negro de 29 años, de temperamento bilioso y aficionado á las bebidas alcohólicas segun su propia confesion, se presentó en el Hospital con el objeto de curarse un absceso hepático, resultado de una hepatitis bien manifiesta, que no detuvo su curso á pesar de un tratamiento bastante activo y enérgico. En el hipocondrio derecho de este individuo, se nota un tumor doloroso y sobre cuyo vértice existe la escara que deja en pos de sí una aplicacion de pasta de Viena. La mensuracion de la base del pecho, dá un esceso de dos pulgadas del lado derecho sobre el izquierdo y la piel que cubre la elevacion citada, caliente y muy sensible es de un color mas oscuro que la que cubre el resto del abdomen. La percusion anuncia un aumento en el volúmen de la viscera; superiormente ella vá hasta la sesta costilla; inferiormente se extiende hasta dos pulgadas mas abajo de las últimas costillas: por las partes laterales el órgano se deja sentir ocupando todo el epigastrio y gran parte del hipocondrio izquierdo. El enfermo se queja de que antes de ahora esperimentaba durante todo el dia calofrios y que al presente los tiene repetidas veces: acusa igualmente un dolor pungitivo al hígado y una gran molestia al hombro derecho. Además de los síntomas enumerados, se advierte tambien una marcada sufusion ictérica de las conjuntivas; los ojos están hundidos, los pómulos salientes y la cara tiene el aspecto que se ha convenido en llamar fruncido: vómitos han habido pero ya no existen; no hay diarrea, la boca está seca, la lengua que tiembla cuando sale fuera de la cavidad bucal, está áspera y cubierta de una capa amarillenta; hay sed, deseo de tomar bebidas ácidas, y disorexia. El pulso pequeño y frecuente, dá 80 por minuto y la respiracion está á 20 movimientos en el mismo espacio de tiempo. La percusion de la cavidad toácica, hace notar un sonido oscuro hácia la base del pulmon derecho, claro hácia su vértice lo mismo que en toda la altura del pulmon opuesto. El murmullo vescicular casi apagado en la base del pulmon derecho, es débil en su vértice y pueril en todo el izquierdo; lo que depende á no dudarlo de que funcionando imperfectamente el primero de estos órganos, su congenere redobla su energía. Finalmente en la region supra-escapular derecha, se percibe un poco de resonancia exagerada de la voz.

El corazon está perfectamente sano.

Tratamiento.—Sobre el punto mas culminante del tumor se aplicó la pasta de Viena, allí donde hemos dicho existia una escara. Esto se hizo el 30 de Marzo, pero en esta ocasion nos serviamos de un cáustico de mala calidad, así es que aunque antes de renovar su aplicacion, teniamos el cuidado de separar la parte mortificada el dia anterior, con todo hasta el 14 de Abril no pudo llegarse á suficiente profundidad: durante todo este tiempo no se habia empeorado el enfermo.

El 15 se hace una puncion con el trocar esplorador y sale pus; se aplican hilas secas sobre la escara y se difiere la abertura del foco para el dia siguiente. El 16 se hizo uso de un trocar de regular calibre y con su auxilio se evacuan ocho onzas de líquido color chocolate, espe-

so, y que contenia en suspension una multitud de corpúsculos. El enfermo está bastante tranquilo y se le prescribe un buen régimen alimenticio. El 17 el paciente arroja en todo el dia unas diez onzas de pus poco mas ó menos. El 18 salen 5 onzas y el pulso se presenta por la vez primera á 76 por minuto. En los dias 16, 20 y 21 continúa derramándose pus á toda hora y desde el 22 al 24, su cantidad disminuye en mucho y las dimensiones del hígado se reducen en todos sentidos.

Dias 25 y 26—El pulso se ha levantado un poco, dá 80: el estado general del enfermo revela una gran mejoria; hay mas libertad en los movimientos y mas animacion en la fisonomía. Dia 27—Se hizo en la cavidad del absceso una inyeccion con yodo puro, despues que de seis dias atrás se hacian con yodo diluido, en dósis de agua sucesivamente menores. En los dias 28, 29 y 30 todo marcha perfectamente bien; el apetito se despierta mas y el paciente pide se le aumenten los alimentos, alegando que no le satisfacen los concedidos hasta entonces. El 2 de Mayo se obtiene en la mañana como una dracma de pus á lo mas y el 3 no sale absolutamente nada; este dia solo se hacen inyecciones detersivas. Del 4 al 6 todo continúa bien; no es ya el pus característico el que mancha las piezas de apósito, sino un líquido amarillento como seroso. Del 7 al 12 el volúmen de la víscera se ha reducido en mucho; se aproxima demasiado á sus dimensiones normales: no hay nada aparte de esto digno de mencion.—Dia 13. Se dilata la abertura del absceso con la esponja preparada. Desde esta última fecha hasta el 21 la mejoria progresa rápidamente y por último se oblitera por completo la abertura fistulosa. Pocos dias despues advertido el enfermo por el Sr. Dr. Ornellas, de que seria presentado á la Sociedad de Medicina dejó el Hospital clandestinamente.

Posteriormente en Febrero de 1857 tuvimos ocasion de examinar á este mismo enfermo, á consecuencia de que vuelto á su anterior vida de intemperancia, la cicatriz se habia entreabierto, el dolor habia reaparecido y la supuracion tenia lugar por segunda vez. Nosotros dilatamos nuevamente el trayecto fistuloso, sirviéndonos de la esponja preparada y á beneficio de algunas inyecciones de yodo, la curacion se obtuvo en 19 dias.

En la actualidad la salud de Zeballos es completa.

NUM. 2.

Abril 22 de 1856.

Un negro de 40 años, llamado Francisco Escobar, ingresó al Hospital en el dia arriba expresado.

Hace tres meses ha sufrido á juzgar por su narracion una hepatitis ligera que descuidó porque á pesar de ocasionarle molestia, no era tanta para distraerle de sus ocupaciones.

Durante todo este tiempo, nunca se encontró bueno; siempre habia dolor al hipocondrio, anorexia, mal sabor de boca y un enflaquecimiento que diariamente se hacia mas sensible. Una noche, durante la que no habia podido conciliar el sueño como en todas las anteriores, le acometen vómitos; el dolor del hígado toma mayores proporciones, es pungitivo; se presentan calofrios mas intensos que los que antes habia esperimentado y por la primera vez nota que un tumor se levanta sobre el hipocondrio derecho.

Alarmado con el nuevo aspecto que tomaba su afeccion se hizo admitir en el Hospital. En esta fecha hacian 20 dias que existia el tumor de que hemos hecho mencion, limitado superiormente por una horizontal que pase por el apéndice jifoides; inferiormente por otra línea que pase á pulgada y media encima del ombligo; su límite derecho está marcado por una vertical tirada á una pulpada hácia afuera de la tetilla; y el izquierdo por otra vertical que pase por la parte media del esternon. Este tumor que parece saliera del pecho, levanta el reborde costal del lado derecho, se estiende hasta el izquierdo y se pierde insensiblemente debajo de él; su forma es oval, y su contorno bastante irregular. La percusion, rectifica los límites espresados y ademas hace conocer que el hígado ha ascendido muy poco y en cambio ha descendido mucho y estendídose trasversalmente, como lo hemos apuntado ya. La parte mas saliente del absceso se encuentra en el punto de entrecruzamiento de estas dos líneas; una que reuna la tetilla derecha al ombligo y otra una vertical tirada á una pulgada hácia adentro del pezon. En todo el hipocondrio y especialmente en el epigastrio se advierte una marcada sensacion de pastosidad. Los movimientos de la respiracion hacen subir y bajar el tumor y la aorta ventral le comunica tambien sus pulsaciones. La mensuracion revela por su parte un esceso de mas de dos pulgadas del lado derecho sobre el izquierdo y la palpacion hace sufrir mucho al enfermo, pero el dolor que ella despierta solo se limita al hipocondrio, no se irradia ni al hombro ni á la espalda. La calorificacion de la parte afecta está aumentada y esta se presenta lustrosa y sin cambio alguno de color en la piel que la cubre. Ni el sistema nervioso ni el respiratorio ofrecen nada de notable y el pulso algo frecuente y un poco débil dá 92 pulsaciones por minuto. La lengua está saburrosa, hay diarrea desde algunos dias atrás, las conjuntivas presentan sufusion ictérica, hay disorexia y sed: la orina es normal.

El 7 de Mayo pasó el enfermo del servicio del Dr. Odriozola al nuestro. En aquel se habia empleado ya la potasa cáustica, con el objeto de abrir el absceso y con ella se habia ido á suficiente profundidad. El 8 se hace la puncion con el trocar y sale pus en cantidad de cuatro onzas y media de color verde y bastante bien trabado; en los momentos que trascurrieron mientras salia el pus, el enfermo acusaba un gran dolor hácia el

hígado que se disipó poco tiempo despues. En los dias 10, 11 y 12 se obtienen pequeñas porciones de pus de la misma naturaleza que el anterior; la calorificacion está aumentada, el apetito desarrollado y el pulso bueno: se coloca una mecha en la abertura practicada en las paredes abdominales.—Dia 13, el enfermo se mantiene bien; está apirético, siente en el hipocondrio un dolor gravativo y continuo, se hacen inyecciones detersivas y se aplica nuevamente la mecha. Dia 14, el pus se ha derramado en gran cantidad y durante toda la noche; se hacen las mismas inyecciones que la víspera y el líquido al salir arrastra consigo algunas hidátides.—Dia 15 y 16, el pus que se ha derramado durante estos dos dias puede valuarse en seis onzas; en las piezas de apósito se han encontrado cinco hidátides. Régimen, el mismo que los dias anteriores.—Dias 17, 18 y 19, el pulso se mantiene bien, el apetito continúa satisfactorio, el pus de los mismos caracteres que antes ha salido en cantidad de 8 onzas poco mas ó menos; no se han vuelto á presentar las hidátides. Se aplica la esponja preparada para dilatar la herida demasiado estrecha ya.—Dias 20, 21, 22 y 23; en estos dias el pus ha perdido los caracteres que le hemos asignado hasta aquí, afectando los característicos de la supuracion hepática; el pulso se ha levantado un poco y percutido el hígado se le encuentra menos voluminoso; la mejoría progresa.—Dias 24 y 25, el pulso ha vuelto á su ritmo normal; se ha derramado poco pus, se han hecho inyecciones detersivas y además una de yodo á la dósis de una parte por cuatro de agua: el enfermo continúa alimentándose bien. Dias 26, 27 y 28, en estos dias la cantidad de pus puede calcularse en 13 onzas, habiendo perdido un olor penetrante y fastidioso que le acompañaba antes. En la noche del último dia hubo vómitos; se repiten las inyecciones pero la de yodo se ha hecho á la dósis, de un tercio la mitad y finalmente puro.—Dias 29, 30 y 31, menos el pus que ha disminuido mucho, todo continúa en el mismo estado.—Dias 1º. de Junio, 2, 3, 4, 5, 6 y 7, las fuerzas del enfermo renacen poco á poco, el apetito se mantiene como antes, el volúmen del hígado se reduce cada vez mas, la materia de la supuracion ha continuado durante toda esta época fluctuando entre media y una onza.—Dias 8 y 9, el pus ha salido en muy poca cantidad: todo va bien.—Dia 10, se suspende la inyeccion de yodo; continúa si la de agua tibia y el pus que durante la noche habia humedecido las piezas de curacion deja de salir en todo el dia.—Dias 11 y 12, la herida producida por el cáustico se cicatriza con celeridad y finalmente desde esta fecha hasta el 17 de Julio el pus se agota, las fuerzas vuelven por completo, el hígado recupera casi sus dimensiones naturales, la abertura se oblitera y despues de presentado este individuo á la Sociedad de Medicina deja el Hospital completamente restablecido, llevando como indicio de la operacion que ha sufrido, una gran cicatriz en el hipocondrio derecho.

NUM. 3.

Julio 25 de 1856.

Toribio Mansilla, indio, natural de Huancayo, de 25 años, de temperamento linfático, ingresó al Hospital á curarse una disenteria que hacia algunos dias le molestaba. Fué asistido por el Sr. Dr. Rios, el que á beneficio de una medicacion apropiada llegó á ponerlo casi en estado de convalescencia; pues las deposiciones semejantes al principio, á el agua de carne, perdieron este carácter, el tenesmo y los cólicos desaparecieron y solo persistia aun un poco de diarrea sin molestia alguna.

Una mañana el enfermo hizo saber que desde el principio de su enfermedad que al presente llevaba de existencia tres meses, ha sufrido un dolor sordo á la region hepática, intermitente y que iba acompañado de calofrios. El Sr. Dr. Rios le hizo aplicar un vejigatorio sobre el hígado, el que impidió la esploracion del vientre hasta algun tiempo despues, época en que ya existia un absceso.

En este estado se le hizo ver por el cirujano de servicio y éste determinó practicar la operacion necesaria, cuando el 18 de Agosto en la tarde, una sensacion particular, un dolor intenso en el hipocondrio, vehementes deseos de vomitar, y por último la tos violenta y la espectoracion de mucho pus unido á grandes estrias de sangre, hicieron conocer que el absceso se habia abierto paso á través de los pulmones.

En la actualidad se notan los síntomas siguientes. Demacracion profunda, suma postracion de fuerzas, cara hipocrática, dolores intensos á la pierna derecha al estremo de no poderle mover, flacidés de las carnes, sequedad de la piel, insomnio, lengua seca, encias fuliginosas y pálidas, anorexia, borborigmos, sed y diarreas de un color amarillo anaranjado; pulso duro, frecuente y pequeño, respiracion anhelosa, calorificacion aumentada, orina escasa, encendida y presentando un sedimento latericio.

SÍNTOMAS LOCALES—Dolor al hipocondrio derecho; este á la mensuracion, no dá diferencia muy notable. La palpacion anuncia un aumento de volúmen en el hígado muy considerable hácia arriba; hácia abajo la viscera no pasa del borde costal; hácia el epigastrio la percusion es oscura en una estension de pulgada y media. Los últimos espacios intercostales derechos han desaparecido y la piel que cubre todo el abdomen nada ofrece de especial. Falta la pastosidad que se manifiesta siempre en los puntos circunvecinos de un absceso. La palpacion y percusion de todas las regiones abdominales nada revelan de anormal. Los esputos compuestos en su mayor parte de pus se acompañan de un poco de moco y de grandes estrias de sangre y la cantidad que de ellos ha arrojado el enfermo desde el dia de la abertura del absceso hasta dos dias despues, es decir, hasta el 20 de Agosto puede valuarse en dos libras y algunas onzas.

Auscultando los pulmones se percibe en el derecho un estertor mucoso de grandes burbujas, diseminado en toda su altura, pero marcado especialmente en su base, y que vela casi del todo el murmullo vescicular. En el pulmon izquierno, la respiracion algo áspera se mezcla tambien con algunas burbujas de estertor mucoso. El corazon está sano.

Este individuo que fué sometido al uso de los espectorantes y á quien se le concedió una alimentacion bastante reparadora, continuó arrojando grandes cantidades de pus. La fiebre no le abandonaba ni por un momento, el insomnio era completo, la toz que durante la noche redoblaba sus accesos, se presentaba tambien de dia, aunque menos violenta; era necesario que el paciente se mantuviera constantemente sentado, pues tan luego como cambiaba de posicion, tenian lugar síntomas de asfixia. La percusion y auscultacion del pulmon derecho revelaban una gran escavacion, y el enflaquecimiento habia hecho rápidos progresos: las diarreas que se repetian diariamente, redoblaban su frecuencia; no solo habia anorexia sino aversion por los alimentos: la espectoracion continuaba tan abundante y con los mismos caracteres que al principio, y por último, la muerte vino á poner término á una vida tan penosa á los 19 dias despues de abierto el absceso.

Autopsia—Examinados los pulmones, se encuentra, que el derecho ha contraido fuertes adherencias por su base con el diafragma y por sus partes laterales, con las paredes del pecho; todo este órgano estaba surcado por una enorme caverna que contenia bastante pus y que comunicaba con el foco hepático por una ancha abertura. Su tejido reblandecido cedia á la mas lijera traccion y en la superficie toda de su parenquima especialmente en su vértice, se encontraban grupos de tubérculos en el estado crudo. El pulmon izquierdo algo congestionado, ofrecia tambien algunos tubérculos. El hígado que en su lóbulo derecho, era un quiste purulento, comunicaba con el pulmon como ya lo hemos dicho; su superficie se ofrecia de un color gris y las porciones de su parenquima estrañas al absceso estaban reblandecidas dejándose penetrar fácilmente por el dedo. La vejiga biliar se encontraba apenas distendida por una bilis muy líquida y de un color verde pronunciado.

NUM. 4.

Agosto 7 de 1856.

José Jimenes, natural de Nasca, mestizo, de 28 años de edad, de temperamento bilioso y de oficio albañil, ingresó al hospital en el dia de la fecha.

En el mes de Febrero se desarrollaron los síntomas de una hepatitis que fué combatida con feliz éxito en uno de los servicios médicos del Hospital de San Andrés. Dado de alta el enfermo con este motivo, volvió despues de tres semanas por haberse reproducido la hepatitis revistiendo entonces el carácter crónico. En esta vez todos los recursos de la terapeutica apropiada á esta dolencia fueron inútiles, y un absceso fué su término. En nuestro servicio notamos estos cambios en el enfermo; convexidad manifiesta de las últimas costillas derechas á partir de la sesta y que se estendia mas allá de ellas hasta tres pulgadas por encima de la cresta iliaca; esta convexidad mas bien es lateral que anterior, y en toda su estension, existen señales de ventosas y vejigatorios. A la percusion se percibe fácilmente una sub-matitez que comenzando al nivel del tercer espacio intercostal se aumenta gradualmente, hasta media pulgada del borde de las últimas costillas. En la parte lateral del pecho se nota igual fenómeno, pero solo desde la quinta costilla hasta la última. Posteriormente la matitez está limitada, entre el sétimo espacio intercostal y el borde inferior del torax; de lo que podemos concluir que el hígado ha subido mas hácia adelante que lateralmente y que hácia atrás.

A la mensuracion se aprecia una pulgada de esceso á favor del lado derecho del torax, y á la auscultacion, se nota respiracion pueril en el vértice del pulmon derecho y en toda la altura del izquierdo. Haciendo hablar al enfermo, no se presenta ningun síntoma anormal. La piel que cubre el tumor presenta en diferentes sentidos y lugares fajas de un color rosado oscuro, y la pastosidad del hipocondrio es de las mas claras que se pueden notar, persistiendo por algun tiempo la impresion que el dedo deja al deprimirlo. El dolor que es pungitivo, es vivísimo aun espontáneamente y se exaspera con la mas ligera presion; antes han existido y ahora mismo existen calofrios y el hombro derecho que segun confesion del enfermo ha dolido constantemente desde el principio de la enfermedad, no le molesta al presente. El abdomen todo está meteorizado.

El dia de su ingreso á nuestro servicio, hubo vómitos de naturaleza biliosa, que se repitieron dos dias despues en quince distintas ocasiones; la lengua cubierta de un ligera capa amarillenta, es muy ancha y seca; las encías tumefactas sangran un poco; hay constipacion intestinal y cólicos aunque ligeros. Los movimientos respiratorios están á 28 por minuto, y el pulso es pequeño. Los latidos del corazon son precipitados pero normales, y sus ruidos son bastante claros y perceptibles. En las conjuntivas, lo mismo que en la piel se encuentra un poco de coloracion ictérica.

Al dia siguiente de su admision en el servicio del Sr. Dr. Ornellas, el dolor que existia esparcido en todo el abdomen, se ha refugiado por decirlo así en el hipocondrio derecho y en la region supra-umbilical. Los vómitos reaparecen mas frecuentes y abundantes, el pulso se levanta, es duro, frecuente y lleno, la sed es intensa, la

cabeza duele y hay una gran agitacion. Estos síntomas revelan, la existencia de una peritonitis parcial y contra ella se dirige el tratamiento: así este dia se prescribió una cataplasma al hipocondrio, fricciones con unguento napolitano, y por exigirlo así la constipacion intestinal de que hemos hablado, una onza de aceite ricino y una lavativa emoliente. Dias 15 y 16: sigue el régimen indicado y además se aplican cuatro ventosas. Dias 17, 18 y 19; el estado del enfermo no se mejora, continúa el mismo régimen, la dieta y se aplica un vejigatorio. Dias 20 y 21 se encuentra un derrame en la cavidad del peritoneo y se administra interiormente nitrato de potasa como diurético; el pulso ha caido un poco, el dolor es menos intenso. Dia 22: se aplica la pasta de Viena en el tercio medio de uno de los espacios intercostales y continúa el uso del nitrato de potasa; el dolor casi ha desaparecido, la fiebre ha remitido mas; se concede un caldo al enfermo. Dia 23: se sigue extríctamente el régimen de la víspera, y además se propina una purga de sulfato de magnesia. Dia 24: se aplica la pasta nuevamente y se sigue en lo demas como antes. Dia 25: se hace una puncion con el trocar esplorador y sale pus. Dia 26: nada se presenta de notable. Dia 27: se hace la puncion con un trocar de grueso calibre y salen por su cánula 22 onzas de un pus espeso y de un color rojo característico. Dia 28 el vientre está menos elevado que en los dias anteriores, merced á la evacuacion del pus y á la desaparicion de una parte de la serosidad derramada en el peritoneo; en este dia la cama, las piezas de apósito y la camisa del enfermo se encontraban inundadas con la materia de la supuracion, pudiéndosela calcular en 10 ó 12 onzas. Dias 29, 30, 31 y 1º. de Setiembre, el pus continúa saliendo en estas proporciones: 10 onzas, 11 y media, 2 y 3 onzas; el pulso se mantiene á 84 y el vientre flácido y muy disminuido de volúmen: el enfermo pide alimento y se le concede. Dias 2, 4 y 5, el pulso es mas regular, la respiracion mas fácil y el pus que ha mojado el apósito, cada uno de estos dias es poco mas ó menos igual en cantidad que el último dia. Dias 6 y 7, supuracion abundante, al estremo de ser necesario renovar la curacion dos veces al dia; el pus es mas líquido y sanioso, de olor fétido y color de chocolate; el pulso está muy acelerado dá 120 pulsaciones por minuto; hay hambre, el paciente está mas postrado. Dia 8, el pulso está á 108; se evacua pus en abundancia, hay hambre y tienen lugar tres deposiciones en todo el dia. Dias 10, 11 y 12, pulso á 120; supuracion escesiva, evacuaciones mas frecuentes, anorexia y gran postracion de fuerzas. Dia 15, escrecion de pus tan abundante como la víspera; ha sido necesario mudar la cama tres veces: las evacuaciones son involuntarias, la respiracion lenta, difícil y anhelosa; pulso débil, pequeño y concentrado, lentitud en la palabra, respuestas tardías, cófosis, mayor postracion y abatimiento y muerte en la mañana de este dia.

Autopsia—Pulmones—El derecho está adherente casi en toda su superficie; el izquierdo sano y libre. El lóbulo izquierdo del hígado se encuentra en el mismo estado; el resto de su parenquima encierra una inmensa cantidad de pus y esteriormente ofrece íntimas adherencias con el diafragma y las costillas correspondientes á los puntos donde se aplicaba el cáustico. Las paredes del foco purulento están revestidas de una membrana piogénica y los intestinos están rechazados hácia el lado izquierdo por el aumento de volúmen de la viscera, la que en toda su superficie presenta algunos pequeños abscesos de los que el mayor es del tamaño de un huevo de paloma. La bilis está concreta y negruzca y todas las demas visceras del abdomen á escepcion del bazo cuyas dimensiones están un poco aumentadas, se encuentran en estado normal.

La muerte de este individuo parece que debe atribuirse al marasmo ocasionado por las grandes pérdidas que ha sufrido.

NUM. 5.

Diciembre 29 de 1856.

Este dia ingresó al Hospital el enfermo José Leon, natural de Trujillo, de 50 años, temperamento bilioso y maestro de escuela.

Este individuo que ha padecido durante mucho tiempo una disenteria crónica, acaba de sufrir una hepatitis que curada en el lugar de su residencia ha dejado en pos de sí un absceso ocupando el epigastrio y una gran parte del hipocondrio derecho. Este absceso se revela por una elevacion ovoidea, cuyo mayor diámetro es trasversal y de cinco pulgadas. La piel que la cubre no ofrece cambio alguno de color; la presion es dolorosa y aun espontáneamente el enfermo acusa un dolor pungitivo que le molesta demasiado. La percusion manifiesta que el hígado conserva sus dimensiones normales tanto hácia arriba, como hácia abajo, y solo en el epigastrio y parte del hipocondrio izquierdo, estendida la viscera hasta casi tocarse con el bazo se percibe una matitez completa. Aplicando una mano en el epigastrio y otra en el hipocondrio derecho y buscando la fluctuacion se la percibe muy fácilmente. Existe desde muy atrás un dolor al hombro derecho que se exaspera con los movimientos del brazo.

La lengua está ancha y saburrosa, la sed es intensa, el apetito casi nulo; hay nauseas, vómitos de vez en cuando de naturaleza biliosa, cólicos y diarrea tambien biliosa: color ictérico de las conjuntivas, calofrios, especialmente en la tarde, fiebre aunque ligera, agitacion, sueño interrumpido y un temblor de los miembros que unido á la inseguridad de la palabra y al sello particular de la fisonomía, indica que este individuo abusa de las

bebidas alcohólicas, á pesar que él se obstina en negarlo. Los pulmones y el corazon funcionan bien.

El dia 30 se le hizo una aplicacion de pasta de Viena sobre el punto mas elevado del tumor y se ordena Simarruba en cocimiento para bebida. En los dias 31, 1º. y 2 de Enero, el enfermo se mantuvo bien: se le permitió comer y se hicieron las respectivas aplicaciones del cáustico. Dia 4. Se abre con el bisturí el foco purulento que solo estaba ya á algunas lineas del esterior merced á la pasta de Viena y se evacuan 13 onzas de un pus color chocolate espeso, y que dejado en quietud en un vaso puso de manifiesto por precipitacion una série de corpúsculos rojos de forma y magnitud variable.

Inmediatamente despues de evacuado el pus, se hicieron inyecciones detersivas repetidas veces: este dia hubieron vómitos que disipándose muy pronto no le impidieron al enfermo comer perfectamente bien. El pulso se mantenia como antes. Dias 5, 6 y 7. Los mismos síntomas que el anterior, el mismo tratamiento, mas una inyeccion de yodo á las dósis de una parte por cuatro de agua. Dias 8 y 9, se estraen del foco como dos cucharadas de pus mezclado sin duda con restos de la inyeccion de la víspera; la noche ha sido tranquila, ha desaparecido la agitacion de que antes hemos hablado: se repite el uso del yodo pero á dósis mas concentrada. Dias 10, 11 y 12, el enfermo marcha perfectamente; el pulso ha caido un poco: se emplea el yodo, á un tercio, á la mitad, y por último puro, notándose entónces que el enfermo al recibir la inyeccion, acusaba un gran dolor en el hipocondrio: el apetito ha aumentado y las fuerzas se restablecen con rapidez. Dia 13, no existe ya el dolor de ayer; se emplea el yodo puro; la capacidad del absceso se ha reducido en mucho. Dias 14 y 15. Todo continúa en el mismo estado. Dia 16. Se suspende la inyeccion de yodo: el pus apenas mancha las piezas de apósito y el paciente come y digiere bien. Dias 17, 18, 19 y 20. La curacion progresa, el pulso ha disminuido, da 86 por minuto; el estado general es satisfactorio y por último, del 20 de Enero al 3 de Febrero, el absceso que como hemos dicho apenas suministraba una cantidad muy pequeña de pus se obliteró completamente y el 6 del mismo mes el enfermo dejó el Hospital completamente bueno.

Un año despues he tenido ocasion de ver á este individuo en el Hospital, curándose una intermitente; solo habian como restos de los graves desórdenes que habia sufrido, un poco de aumento del hígado, y una cicatriz en el sitio de la puncion. Su antigua disenteria no habia vuelto y por la primera vez despues de tanto tiempo se encontraba enfermo.

NUM. 6.

Enero 19 de 1857.

Cayetano Ramirez, negro de 24 años, de oficio agricultor, ingresó al Hospital el 17 del corriente y fué colocado el mismo dia en el departamento del Sr. Dr. Rios, donde permaneció durante tres dias despues de los cuales, la naturaleza de su enfermedad hizo necesario se le trasladase á nuestro servicio el dia 19. Examinado el enfermo pudimos apreciar los siguientes trastornos: á primera vista se notaba gran dificultad para verificar toda especie de movimientos y necesidad de adoptar de preferencia, la posicion cúbito-lateral derecho. El tronco manifiestamente deformado, por la escesiva convexidad de las costillas del lado derecho, que comienzan á hacerse mas salientes á partir de la sesta contando de arriba abajo, y porque en la region del hígado, existen dos pequeños tumores blandos y dolorosos, situados el uno precisamente debajo de la décima costilla derecha en el punto en que ella se une á su cartilago y el otro casi en contacto con el apéndice jifoides. Medidas alternativamente las regiones esplénica y hepática, la última lleva á la primera un esceso de pulgada y media. La piel del hipocondrio derecho es muy gruesa, de color normal y ofrece una ligera pastosidad; la palpacion en todo el espacio que ahora ocupa la víscera afecta, se acompaña de gran sensibilidad, encontrándosela mas esquisita en el punto que hemos señalado como sitio del primero de los tumores que hace poco mencionamos; allí el enfermo no tolera la mas ligera presion, evadiéndose tan luego como se intenta tocarle. Los últimos espacios intercostales han desaparecido y el dolor que parte del hígado se irradia al hombro derecho impidiendo de este modo los movimientos del brazo del mismo lado. Percutiendo la region hepática y el lado del torax correspondiente se pueden señalar estos límites al hígado; superiormente vá hasta la altura de una línea que partiendo de la columna vertebral, termine en la línea media del esternon pasando á dos pulgadas por debajo de la tetilla derecha: inferiormente por otra línea que partiendo tambien de la columna vertebral llegue hasta la línea blanca á tres pulgadas debajo del apéndice jifoides; lateralmente el órgano se estiende hasta la region esplénica, estando separado del bazo apenas por un espacio de pulgada y media. Ni en la region hepática ni en la esplénica se pueden percibir los arcos formados por las últimas costillas derechas é izquierdas y el resto del abdomen moderadamente resistente ofrece un poco de meteorismo.

Percutidos ambos lados del pecho se nota una submatitez en la base del pulmon derecho, siendo la sonoridad natural en el resto de su estension y en todo el lado opuesto. El murmullo vescicular apagado en la base del pulmon derecho es normal en su vértice y pueril en el pulmon izquierdo: hay toz aunque ligera, los esputos nada ofrecen de particular y el pecho duele un poco al toser. La percusion de la region precordial revela un ligero desvío del corazon hácia abajo; la punta de este

órgano, late entre la 7a. y 8a. costilla; sus latidos son irregulares y sus ruidos oscuros y profundos están acompañados de un ruido de fuelle mas audible hácia la base. El pulso es duro, algo frecuente y lleno, hay cefalalgia, color ictérico de las conjuntivas, calorificacion aumentada, calofrios frecuentes, piel madorosa, anorexia, sed, lengua húmeda y pastosa, cólicos, borborigmos frecuentes y un poco de constipacion intestinal, pues se pasan dias sin que el enfermo consiga defecar; las mucosas estan pálidas, la orina escasa, roja y sedimentosa. No hay nauseas ni vómitos.

El 20 se aplicó la pasta de Viena y en cinco dias se abrió con ella el absceso, obteniéndose once onzas de pus color chocolate bastante espeso. El 26 se recojen cinco onzas de pus; hay fiebre, el enfermo come aunque sin apetencia: se hacen inyecciones detersivas y una de yodo á la dósis de una parte por cuatro de agua. El 27 sigue todo como la víspera. El 28 la fiebre ha disminuido un poco, la noche ha sido tranquila; el mismo régimen. Dia 29. En la mañana el paciente al moverse siente un dolor vivísimo en el hipocondrio, que pronto se comunica á todo el abdomen; se presentan vómitos, dolor á la presion en todo el vientre, el pulso es pequeño, frecuente y velóz. Un momento despues las estremidades se enfrian, la fisonomía se descompone, sobreviene profunda postracion, el pulso se hace filiforme, los vómitos redoblan su frecuencia y trascurridas dos horas el paciente muere con los síntomas de una peritonitis por perforacion.

Autopsia—Abierto el abdomen se encuentra una gran cantidad de pus en la cavidad del peritoneo. El hígado habia contraido fuertes adherencias con el diafragma, colon y pared abdominal; pero en su cara inferior existia una abertura por donde pasaba libremente un dedo y que habia permitido paso al pus. Los órganos de la cavidad torácica y del cráneo estaban sanos.

NUM. 7.

Febrero 7 de 1857.

Agustin Correa, de 43 años, alto, robusto, de oficio zapatero, ingresó á nuestro servicio, despues de haber sido curado en la calle de una hepatitis. Cuando le vimos ofrecia un tumor situado en el epigastrio, elíptico, mas grande que un huevo de pavo cuyo mayor diámetro era trasversal, doloroso á la presion y aun espontáneamente, sin cambio de color en la piel que lo cubria y permitiendo apreciar una sensacion de fluctuacion aunque muy oscura. Este tumor limitado al lóbulo izquierdo del hígado estaba evidentemente constituido por un absceso de aquella víscera que daba lugar á estos trastornos; calofrios, dolores pulsativos al hígado, un malestar indecible, sudores nocturnos, y una fiebre de mediana intensidad [92 por minuto] que existia desde 21 dias atrás. Aparte de esto habia anorexia, sed, nauseas, vómitos biliosos, cólicos, diarreas frecuentes, lengua saburrosa, cefalalgia é insomnio.

La orina clara y un poco abundante depositaba un sedimento copioso de un fuerte olor amoniacal y tratada con el reactivo de Trommer no se descubrió vestigio alguno de azúcar.

Tratamiento—Se dejó á Correa á dieta; se le prescribió un grano de ópio cada seis horas y se le aplicó la pasta de Viena. Febrero 9. A merced de este tratamiento los vómitos se han suspendido y solo han habido cuatro deposiciones durante el dia; los demas síntomas continúan lo mismo: se aplica el cáustico. Dias 10 y 11. Las diarreas han desaparecido, el pulso se mantiene duro y lleno pero no tan frecuente; se corta la escara producida por el cáustico aplicado la víspera y se renueva su aplicacion: se concede una sopa al paciente. Dias 12, 13 y 14. Se aumenta la racion de alimentos y el último dia se abre el absceso con el trocar, obteniéndose cinco onzas de pus con sus caracteres especiales. Aplicada una sonda de goma elástica en la abertura del foco se hicieron mediante ella inyecciones detersivas. Dia 15. Los alimentos son deseados con ansiedad; se aplica por la primera vez el yodo á la dósis de un quinto. Dias 16, 17 y 18. Inyecciones de yodo mas concentradas. Dia 19. Salen como 2 onzas de pus; se hace uso del yodo puro: el pulso se mantiene lo mismo y no han vuelto los vómitos ni las diarreas. Dia 20. Siguen las inyecciones detersivas y de yodo; se aplica la esponja preparada para dilatar la abertura que comienza á obliterarse. Del 20 al 25 se aplica la esponja y solo se hace uso de las inyecciones detersivas: el enfermo está casi apirético. Por último, del 25 al 13 de Marzo algunas inyecciones mas de yodo obliteraron del todo el foco y pusieron á nuestro enfermo en estado de salir del hospital el 21 del mismo mes.

NUM. 8.

Febrero 14 de 1858.

Hace un mes que Pascual Jimenes, indio, de 30 años, de temperamento bilioso y oficio agricultor, ingresó al Hospital con el objeto de ser curado de una hepatitis que entonces le aquejaba. Fué colocado en el servicio del Sr. Dr. Odriozola, donde á pesar de los cuidados que el caso exigia, no se pudo impedir que la flegmasia terminase por supuracion, dando así lugar á la presencia de un absceso cuya historia pasamos á narrar.

Síntomas locales—Inspeccionando el tronco desde luego se percibe de parte del abdomen, una tumefaccion manifiesta en las regiones hepática, epigástrica y parte de la esplénica; nótanse igualmente en estas tres regiones cicatrices de ventosas y las huellas que deja un vejigatorio poco tiempo despues de su aplicacion.—Palpando estos mismos puntos, se deja sentir una resistencia insólita en todos ellos, acompañada de gran aumento de sensibilidad, la que es mas esquisita hácia

el hipocondrio izquierdo. Percutiendo el lado derecho del torax la matitez comienza á hacerse sentir anteriormente, desde el quinto espacio intercostal hasta el nivel del cartílago de la última costilla del mismo lado, y posteriormente desde la altura de la octava apófisis espinosa dorsal, hasta la altura de la primera lumbar; por manera que teniendo en cuenta la palpacion y la percusion podemos asignar al hígado estos límites: superiormente vá hasta el nivel de una línea que partiendo de la octava vertebra dorsal vaya horizontalmente á terminar á la parte media del esternon; é inferiormente hasta la altura de otra línea que partiendo de la primera vértebra lumbar, termine tambien horizontalmente en el punto correspondiente de la línea blanca. Los límites laterales de la viscera enferma están comprendidos, hácia atrás, entre la octava vértebra dorsal y la primera lumbar y hácia adelante por una vertical que partiendo á una pulgada por encima del apéndice jifoides tuviese su incidencia á una pulgada encima del ombligo; advirtiendo que en este punto el lóbulo izquierdo del hígado se encuentra separado del bazo apenas por el intermedio de pulgada y media poco mas ó menos. Midiendo alternativamente los lados izquierdo y derecho del tronco en varios de sus puntos, solo encima del ombligo hemos podido precisar un aumento de una pulgada aproximadamente del hipocondrio derecho sobre el izquierdo, dependiendo esto de que residiendo casi en la region esplénica el mayor foco purulento, es allí donde la tumefaccion se hace mas sensible.

Síntomas generales—El enfermo prefiere la posicion dorsal por serle la mas cómoda. Hay demacracion notable, postracion de fuerzas, agitacion continua y suma dificultad para ejecutar los mas ligeros movimientos: dolores pungitivos al hígado y frecuentes accesos de sofocacion que impiden conciliar el sueño; hay vértigos, color ictérico de las conjuntivas, zumbido de oidos y calofrios una que otra vez. De parte de la respiracion tenemos disnea considerable que algunas veces vá hasta la oftornea; toz ligera y muy rara vez, acompañada de esputos simplemente mucosos. Los movimientos de inspiracion y espiracion están á 24 por minuto. La percusion de la cavidad torácica nos revela que la sonoridad es casi normal en todos sus puntos exepto en la region que corresponde á la base del pulmon derecho donde hay matitez casi completa. Auscultando la misma cavidad se percibe disminucion del murmullo vescicular en todo el pulmon izquierdo, desaparicion casi total de él en el derecho en su base; ligera respiracion tubaria en la parte media del mismo y un poco de broncofonía. Por lo que respecta á la region precordial su sonoridad es normal, y los ruidos del corazon son tumultuosos, algo oscuros y están acompañados de un ruido de fuelle suave y que existiendo hácia la base del órgano en su máximun alterna con el pulso que es pequeño, débil y frecuente dando 100 pulsaciones por minuto. La digestion suministra estos síntomas; anorexia, sed intensa, lengua rubicunda en su punta y bordes y un tanto pastosa en el resto de su superficie; encías pálidas, digestion estomacal difícil; no hay nauseas ni vómitos y si regurgitaciones de vez en cuando, borborigmos, diarreas repetidas en pequeña cantidad, enteramente líquidas, de un color verde oscuro y que contienen en suspension grumos ó copos de pus en abundancia. Es necesario advertir que la defecacion se verifica sin molestia y que si se exeptúan las regiones abdominales arriba mencionadas, las restantes nada ofrecen de particular. La calorificacion está disminuida y la orina es normal.

Tratamiento—Se ha sometido al paciente al uso de las bebidas amargas y se le ha hecho una aplicacion del cáustico de Viena en el punto mas prominente del absceso. Esta conducta se siguió tres dias consecutivos, pero al fin de ellos fué forzoso escoger otro punto para colocar la pasta, pues el repentino aplanamiento del primero que se eligió y la elevacion de otro que antes se encontraba en condiciones opuestas manifestaron que el pus habia variado de sitio. Durante estos tres dias el estado general del enfermo se ha hecho mas alarmante; las fuerzas han caido mas, la ansiedad se ha hecho mas marcada, las diarreas continúan frecuentes y con los caracteres que les hemos asignado; no solo hay anorexia sino aversion á los alimentos.

El dia 17 consecuentes con el plan curativo que se habia trazado debia renovarse la aplicacion del cauterio; mas la existencia de cólicos y la presencia de gran cantidad de pus en las materias escrementicias, todas las veces que las evacuaciones alvinas tenian lugar, confirmaron mas la idea de que existia una perforacion tal vez en un punto del colon, que daba salida al pus é hicieron abandonar el propósito de formar una abertura esterior. El dia 18 sigue todo como la víspera. El 19 se pronuncia mas la gravedad del paciente: á las 11 de la mañana sobrevienen calofrios, sudores abundantes, vértigos y un síncope del que sale el enfermo momentos despues quedando en un estado soporoso el que continúa hasta la una de la noche, hora en que deja de existir.

Autopsia—Inspeccionada la cavidad abdominal se observa que el peritoneo está sano, el colon trasverso repelido hácia el hipogastrio, el estómago hácia el hipocondrio izquierdo, ocupando así el lugar del bazo, que á su vez estaba repelido hácia atrás. El estómago estaba considerablemente distendido por gases y entre el colon ascendente y el hígado existia una ancha comunicacion. Los intestinos estaban flogosados. El hígado estraordinariamente aumentado de volúmen, ocupa precisamente los límites que le hemos asignado en el curso de esta historia, y ofrece adherencias bastante fuertes con el diafragma, con el peritoneo y con los intestinos delgados por su cara inferior; todo él se ha convertido en una especie de cáscara que encierra un vasto absceso cuya cavidad está revestida por una membrana piogénica. El pus es color de chocolate, espeso y en cantidad de 2 libras y el color del hígado es moreno oscuro. La vejiga biliar, está dis-

tendida por una bilis negra de consistencia mucilaginosa. El pulmon derecho estaba fuertemente repelido hácia arriba y condensado su parenquima, se presentaba de un color violado. El izquierdo estaba sano. El corazon dislocado hácia arriba y á la izquierda y el cerebro en estado normal.

NUM. 9.

Febrero 20 de 1857.

Lucas Delgado, negro, de constitucion débil, de 50 años, labrador, ingresó al Hospital á curarse una hepatitis crónica que databa de tres meses y que produjo un absceso que motivó su traslacion al servicio del Sr. Dr. Ornellas en la fecha arriba indicada. El enfermo dice que antes de ahora habia tenido otro ataque al hígado que curado en poco tiempo le dejó en plena salud.

Actualmente se notan en él, la posicion dorsal, la respiracion acelerada, los ojos hundidos y el rostro descarnado. Sobre el hipocondrio se observa un tumor que sobresale del plano abdominal, convexo y que ocupa toda la region hepática y parte de la esplénica. Este tumor tan grande, acompaña al hígado en sus ligeros movimientos comunicados por la respiracion y está como dividido en dos partes por la línea blanca: una izquierda menor y menos saliente y otra derecha mayor y mas pronunciada. La percusion mate hasta el sesto espacio intercostal superiormente, é inferiormente hasta el límite señalado por una horizontal que pase á una pulgada y media por encima del ombligo, indica claramente que el hígado ha aumentado mucho en volúmen. En sentido trasversal, sabemos que la viscera vá hasta el hipocondrio izquierdo. De parte del hipocondrio derecho habia un esceso á la mensuracion de una pulgada sobre el izquierdo. Las conjuntivas están inyectadas de amarillo, hay anorexia, sed, la lengua está cubierta de una capa amarillenta, hay diarreas biliosas, cólicos, borborigmos y un poco de postracion de fuerzas; el pulso frecuente y blando da 88 por minuto. La percusion, inspeccion y auscultacion de la region precordial nada ofrecen de particular; no así el exámen de los pulmones, pues percutido el derecho se percibe un sonido oscuro hácia su base, y claro en su vértice: del otro lado la percusion no indica nada y la auscultacion revela una exageracion en el murmullo vescicular, disminucion de él en el vértice del derecho, casi ausencia en la base y un poco de resonancia de la voz especialmente en la region supra-espinosa.

Tratamiento—El dia 11 se hace una aplicacion de pasta de Viena y se conceden algunos alimentos. El 12 sobrevienen nauseas, vómitos, un dolor agudo al hipocondrio y region umbilical; el pulso se levanta y dá 110 pulsaciones por minuto: hay disnea y grande agitacion. Se suspende la aplicacion del cáustico y se prescriben 2 granos de ópio en 4 píldoras para tomarlas en todo el dia. Dia 13. Continúa el estado del enfermo tan alarmante como ayer; el mismo régimen. Dia 14. El dolor ha desaparecido, los vómitos no existen, pero en cambio las fuerzas se han postrado mas; se ordena una nueva aplicacion de la pasta y se le deja á panetela por todo régimen. Dia 15. Continúa el mismo estado de decaimiento que antes; sigue el régimen de la víspera. Dia 16. El pulso es pequeño y frecuente; ha vomitado nuestro enfermo una vez en la noche que la ha pasado sin conciliar ni por un momento el sueño. Dia 17. El absceso se abrió por solo la accion de la pasta y dió paso á libra y media de pus que presentaba los caracteres que nos son conocidos: se sondeó el absceso para apreciar su capacidad y la sonda penetraba á 4 pulgadas de izquierda á derecha, á 3 de derecha á izquierda y á la misma profundidad de arriba abajo. Este mismo dia se hicieron inyecciones detersivas y se concedieron alimentos. Dias 18 y 19. Vuelven los vómitos biliosos, el pulso es muy vivo y frecuente, la respiracion muy acelerada y hay toz. Se ordena clorihidrato de morfina medio grano y estracto de acónito granos cuatro para 4 píldoras, que deben tomarse en todo el dia, y se inyectó el absceso como se habia hecho el dia anterior. Dia 21. Persisten los vómitos y demas síntomas de la víspera. Se ordena una gota de creosota. Este dia se inyectó yodo á la dósis de una parte por cuatro de agua. Dia 22. Han desaparecido los vómitos, pero se ha presentado diarrea. Se vuelve al uso de la morfina y del acónito. Al inyectarse el yodo el enfermo siente un gran dolor al hipocondrio que desaparece despues de una hora y media poco mas ó menos. Dias 23, 24, 25 y 26. No han vuelto los vómitos, continúa la diarrea, la postracion de fuerzas aumenta, el pulso es bastante frecuente y pequeño. Se prescribe laudano en lavativas, cocimiento blanco de Sidenham y dos granos de acetato de plomo por régimen interno: se suspende la inyeccion de yodo. Dia 27. Las diarreas son abundantes y copiosas, el abdomen está retraido, las estremidades están frias, el pulso casi insensible, hay dificultad y lentitud en la palabra, la postracion es intensa. Se prescribe una infusion de camomila con veinte gotas de laudano y una onza de jarabe de eter por cucharadas. Dia 28. El cuadro de síntomas de la víspera se ha hecho mas alarmante, la frialdad de las estremidades, la postracion mas profunda aun, las diarreas que continúan, la cara hipocrática, y la respiracion dificultosa fueron los síntomas precursores de la muerte que llegó poco despues.

Autopsia—Abierta la cavidad abdominal, se encuentran los intestinos inflamados, el peritoneo sano, el hígado de enormes dimensiones se habia convertido todo él, á escepcion de una parte de su lóbulo derecho en un vasto saco purulento que solo se vaciaba por la abertura practicada esteriormente. Existen adherencias íntimas entre el diafragma, la piel, el peritoneo y la visce

ra. Los pulmones estaban sanos, el corazon y cerebro lo mismo.

Consideradas pues, la integridad del foco purulento, sus diferentes adherencias que le aislaban por decirlo así, y la falta de todo derrame en el peritoneo, creémos natural concluir que la muerte en este individuo ha sido producida por el marasmo ocasionado por la gran supuracion y la escesiva diarrea.

NUM. 10.

Marzo 12 de 1857.

Francisco Silva, natural de Chile, blanco de temperamento bilioso, de mediana constitucion, carretero, entró á este Hospital el 9 de Marzo del año indicado. Presentaba los síntomas siguientes, tumor voluminoso en el hipocondrio derecho que se estendia hasta el hipocondrio izquierdo; hácia abajo hasta dos dedos por encima del ombligo, hácia arriba hasta la sesta costilla derecha. A la percusion habia matitez en toda la estension del tumor, á la palpacion se percibia la fluctuacion que tanto en sentido vertical como en sentido horizontal era muy oscura; habia dolor á la presion, faltaba la fiebre y las funciones digestivas se verificaban bien. Interrogado el enfermo sobre el principio de su dolencia, dijo: que el 6 de Enero del presente año habia estado en una reunion donde pasó mala noche; al siguiente dia sintió un dolor al hígado que se estendia al pulmon del mismo lado, mal estar general, inapetencia, sed y fiebre. Despues de haber hecho uso de algunos medicamentos que en nada mejoraron su estado, vino á este establecimiento donde se le trató como lo requeria una hepatitis aguda. Al poco tiempo de su ingreso y cuando estaba casi completamente restablecido, en virtud de repetidas instancias del paciente, se le dió de alta. Permaneció nuestro enfermo varios dias en la calle, pero al cabo el desarrollo del tumor y la manifestacion de los síntomas que arriba hemos apuntado, le precisaron á presentarse nuevamente en el Hospital. Fué colocado en el Departamento de Clínica Médica donde permaneció un mes tomando algunos purgantes y algunos alterantes como yodo &a.

Se le hizo una aplicacion de potasa cáustica continuando así hasta el dia 27 de Marzo en que se presentó un movimiento febril; entónces se suspendió el régimen usado hasta la fecha reemplazándolo por los emolientes; dos dias despues cesó la fiebre y el 9 de Abril pasó al servicio del Sr. Dr. Ornellas: allí se le hizo una aplicacion de pasta de Viena que fué suspendida por haberse desarrollado una pleuresia del lado derecho manifiesta por disnea, fiebre alta, desaparicion del murmullo respiratorio, dolor pungitivo que del pecho se estendia al hipocondrio y al epigastrio; se aplicaron ventosas y mas tarde un vejigatorio; interiormente se prescribió el calomel. Dia 16. Los sintomas permanecen en el mismo estado; se aumenta la dósis de calomel. Dia 17. Los síntomas decrecen, la lengua está blanca, hay constipacion intestinal; se ordena un purgante: el 18 la enfermedad se ha juzgado, vuelve el enfermo al uso de la simarruba y se renueva la aplicacion del cáustico de Viena. El dia 19 habiendose llegado con esta sustancia á suficiente profundidad, se hace la puncion con el trocar esplorador y sale pus; inmediatamente despues se evacuaron con un trocar de grueso calibre 2 libras de este líquido. El 20 mediante una sonda de goma elástica se derraman 2 onzas de pus y el 21 al querer colocar nuevamente este instrumento fué imposible dar con la abertura del absceso por haberse perdido sin duda el paralelismo entre la herida de la piel y la correspondiente del hígado. El 22 se omite toda tentativa por considerarse inútil, visto el estado del enfermo verdaderamente desesperante; así la postracion es intensa, el pulso muy frecuente y pequeño; hay disnea, dolores terribles al hipocondrio derecho que se estienden al epigastrio, gran agitacion, cara fruncida é infrigidacion general. El 23 en la mañana el individuo muere.

Autopsia—Abierta la cavidad del vientre se encuentra un hígado enorme estendido de uno á otro hipocondrio, de color rojo oscuro y cuya cara inferior habia contraido adherencias con el colon trasverso y el ascendente. El foco purulento habia perforado el diafragma, contrayendo adherencias con él y derramádose en la cavidad de las pleuras en su mayor parte, pues una gran cantidad de pus existia en el pecho y apenas 6 onzas próximamente en el hígado.

NUM. 11.

Junio 20 de 1857.

Pedro Elguera, blanco, de 24 años, de temperamento bilioso, sastre y natural de Supe; sufria desde algunos meses atrás dolores á la region hepática, que presentándose por intervalos irregulares solo le ocasionaban un malestar pasagero, que ni siquiera le prohibia entregarse diariamente á sus ocupaciones habituales. El enfermo que asegura que en cada uno de sus accesos de dolor, este tomaba mayores proporciones, permaneció sin mas que este achaque disfrutando de aparente salud durante largo tiempo: pero ahora un mes poco, mas ó menos comprometido por unos amigos segun dice, pasó ocho dias consecutivos embriagándose y entregándose á todos los escesos que están anexos á la embriaguez, hasta que un incidente inesperado para él, vino á poner término á este género de vida. Su dolor habitual, ausente hasta entonces, se presentó con extraordinaria intensidad, le impedia aun moverse; apareció fiebre y un decaimiento tan intenso que Elguera se vió compelido á reclamar su admision en el Hospital.

Examinado al dia siguiente de su ingreso, se diagnosticó una hepatitis que aunque combatida con todo el rigor necesario produjo un absceso, manifiesto por los cambios siguientes; prominencia ligera del hipocondrio

derecho, cuyo máximum de elevacion se encuentra debajo de la parte media de la última costilla verdadera. El lado derecho del torax dá á la mensuracion un esceso de una pulgada sobre el izquierdo y la palpacion es dolorosa en todo el espacio tumefacto; pero los dolores que son soportables segun significa el paciente, tienen cierta vaguedad en su asiento y se hacen atroces cuando la toz ó un movimiento cualquiera por ligero que sea los provoca; y siempre se propagan al hombro derecho y estorban en parte los movimientos del brazo. La percusion del lado derecho del torax y del hipocondrio correspondiente, dá un sonido mate que comienza á hacerse sentir desde la sesta costilla inmediamente por debajo del pezon, hasta la última. Trasversalmente se nota el mismo síntoma, desde la columna vertebral hasta el epigastrio. El hígado pues ha aumentado en el sentido de su diámetro vertical mucho y muy poco trasversalmente. En este enfermo no ha sido posible encontrar la fluctuacion.

Síntomas generales.—La lengua áspera y un poco húmeda presenta sus bordes y punta algo rubicundos; la boca está amarga, las encías pálidas y algo tumefactas: hay disorexia, sed intensa, debiendo advertir que la ingestion de líquidos provoca la manifestacion de los dolores hepáticos, por cuyo motivo el enfermo se vé precisado á soportar la sed y solo cuando es muy imperiosa toma pequeñas cantidades de agua lentamente, pues á cada momento cree que se vá á ahogar.

La digestion estomacal se verifica bien; no hay cólicos ni borborigmos y el abdomen está algo meteorizado. Faltan los vómitos y por lo que respecta á la escrecion de las materias fecales, hasta ahora tres dias, ha habido diarrea poco abundante y frecuente. El pulso es acelerado, pequeño y débil, dá 90 por minuto y el corazon late normalmente, encontrándose sus ruidos bastante claros y distintos. La percusion de la region precordial nada de notable ofrece. Hay toz una que otra vez, disnea poco intensa é imposibilidad de adoptar la posicion horizontal, pues tan luego como el paciente deja de estar sentado sobrevienen síntomas de sofocacion. El pecho bastante sonoro en gran parte de su estension ofrece una marcada matitez en la base del pulmon derecho; y el ruido respiratorio disminuido en mucho, en los puntos correspondientes á los dos lóbulos superiores del mismo pulmon, está casi apagado en su base al paso que en el pulmon opuesto la respiracion está exagerada. Las conjuntivas están algo coloreadas de amarillo; á veces hay calofrios y por la noche tiene lugar un sudor mas ó menos copioso limitado al cuello, pecho y cara. Hay insomnio ocasionado por los dolores, demacracion pronunciada; la piel está caliente y árida, la orina roja y escasa y en los pies existe un poco de edema.

Tratamiento.—El dia 21 se hizo una aplicacion de pasta de Viena sobre el punto mas saliente de la elevacion que hemos dicho existe en el hipocondrio y el uso de este cáustico se continuó durante cuatro dias, hasta llegar con él sobre el músculo trasverso; entónces la circunstancia de encontrarse en este punto una asa intestinal descubierta por la percusion, hizo pensar en elegir otro punto para formar una nueva abertura. En este estado nuevos accidentes vinieron á complicar la situacion del enfermo y á entravar la curacion: se presentaron diarreas abundantes y frecuentes; el pulso se hizo frecuente y muy pequeño, y la inapetencia completa. Al mismo tiempo los sudores se hicieron abundantes, los vómitos repetidos y la postracion tan profunda, que en poco tiempo condujo al paciente al sepulcro.

Autopsia 48 horas despues de la muerte—Abierta la cavidad abdominal se encontró el pus derramado en ella. El foco de la supuracion existia en el lóbulo izquierdo del hígado ocupándolo todo y el pus revestia los caracteres que nos son conocidos, pudiéndosele valuar en una libra próximamente. Los intestinos fuertemente rechazados hácia abajo, ofrecian un color negro oscuro. La carencia de los síntomas de peritonitis que el derrame de un absceso en la cavidad del peritoneo trae consigo, nos hace sospechar, que el pus no se ha derramado durante la vida, sino que algun golpe dado al cadáver por los sirvientes encargados de sacarle de la enfermeria, produjo la rotura del saco cuya abertura existia cerca de las costillas falsas, en la parte anterior é inferior del lóbulo izquierdo de la viscera.

NUM. 12.

Julio 12 de 1857.

Nicolás Silva, natural de Lima, de 78 años, temperamento sanguineo y oficio sastre, ingresó á curarse una hepatitis cuya causa no ha podido apreciar y que haciéndose superior á un tratamiento bien dirigido, ha determinado la formacion de un gran absceso.

Síntomas—Se nota inspeccionando á este individuo una elevacion bastante sensible del hipocondrio derecho; la piel que la reviste es áspera y escamosa y dos forúnculos se han desarrollado en ella. El punto mas elevado de la tumefaccion dicha existe en el epigastrio y la mensuracion del hipocondrio derecho, dá sobre el izquierdo un esceso de dos pulgadas. La palpacion en toda la region hepática provoca agudos dolores, siendo de notar que estos no se trasmiten al hombro como sucede casi siempre que se trata de una dolencia del hígado. La percusion manifiesta que este órgano se ha estendido hácia arriba hasta la sesta costilla y hácia abajo hasta una línea horizontal que pase á dos pulgadas por encima del ombligo: en sentido trasversal la viscera vá hasta el hipocondrio izquierdo, donde se toca con el bazo, pues en este punto lo mismo que en los otros, que

hemos señalado como límites del órgano enfermo, la matitez es completa.

El enfermo se queja constantemente de un dolor pulsativo que se exacerba con la presion mas ligera y que aun de un modo espontáneo muchas veces, se hace intolerable á juzgar por la agitacion que se apodera del individuo. La lengua roja en su punta y bordes está cubierta en lo restante de su superficie, por una capa saburrosa y las encias tumefactas y tambien encendidas sangran en algunos puntos. Los dientes están fuliginosos y la boca amarga: hay un tialismo ligero, disorexia, mucha sed, náuseas, vómitos biliosos repetidos, cólicos provocados por la ingestion bien de alimentos ó de medicamentos, borborigmos, flacidez del vientre, deyecciones alvinas raras y compuestas de materias blanquecinas; color ictérico de las conjuntivas, zumbido de oidos y vértigos al incorporarse el enfermo en la cama. No hay cefalalgia y el pulso algo frecuente, duro y veloz dá 88 pulsaciones por minutto. La percusion de la region precordial nada ofrece de anormal y por la auscultacion se percibe un poco de oscuridad en los ruidos del corazon y de precipitacion en sus latidos. El calor general está aumentado, y por la noche se presenta el sudor limitándose á la cabeza y al pecho. No hay toz y sí un poco de disnea. La percusion del tórax es mate en la base del pulmon derecho y clara en toda la altura del izquierdo. El murmullo vescicular apenas debilitado en el pulmon correspondiente al hipocondrio afecto, está acompañado de algunas burbujas de estertor mucoso y es pueril en el pulmon opuesto. Los movimientos respiratorios están á 24 por minuto. Finalmente la demacracion en este enfermo es marcada especialmente en la cara, pues en ella se notan con claridad todos los relieves huesosos; hay insomnio, vaguedad en las ideas, lentitud en los movimientos y la orina escasa, es roja y trasparente.

Tratamiento—Se aplica la pasta de Viena durante 5 dias consecutivos hasta llegar al músculo recto abdominal; mientras esto se hacia se presentaron nuevos desórdenes que es necesario agregar al cuadro de síntomas ya trazado; así los dolores redoblaron su intensidad, los calofrios que hasta entónces habian faltado aparecieron y se presentaban á cada momento, el pulso estaba mas abatido y por último el enflaquecimiento se pronunciaba cada vez mas, teniendo en esto gran parte el que el enfermo no tomaba ninguna clase de alimentos teniendo aversion por todos ellos.

El 8 de Julio se hizo una puncion en el absceso y salieron 16 onzas de pus, del color conocido, espeso y que contenia multitud de grumos. Despues de extraido el pus, el paciente estuvo bien, durmió gran parte del dia y toda la noche; pero al siguiente léjos de continuar este estado satisfactorio, vinieron otros síntomas á complicar y agravar su situacion: se encendió la fiebre, [108 por minuto] los vómitos se presentaron haciéndose frecuentes especialmente en la noche, habia cefalalgia y la postracion se hizo muy considerable. Este dia se administró el ópio á la dósis de un grano cada cuatro horas. El 10 se agravan todos los síntomas de la víspera. Régimen—una gota de creosota cuatro veces durante el dia. En los dias 11 y 12 los sístomas de peritonitis local que existian, afectaron mayor violencia; los vómitos tenian lugar á cada momento, en pequeña cantidad y compuestos de una bilis negra; el pulso se hizo muy frecuente y muy débil, la postracion llegó á su máximum y Silva dejó de existir el 14 en la mañana.

Es necesario advertir que en los dias 9, 10 y 11 salia constantemente pus por la solucion de continuidad y que el 12 la abertura se habia obliterado.

Autopsia—El hígado se presentaba bajo dimensiones considerables; se estendia verticalmente desde la quinta costilla del lado derecho, hasta la décima del mismo lado. En sentido trasversal sus dimensiones estaban marcadas por uno y otro hipocondrio, con mas que su parte superior é izquierda, subia hasta la sesta costilla izquierda (contando de abajo á arriba) de modo que ambos pulmones y el corazon estaban fuertemente comprimidos y el ventrículo derecho de este último órgano pálido, rugoso, adelgazado y como aplastado. Los intestinos repelidos hácia la izquierda y abajo estaban sanos. El órgano enfermo íntimamente adherido á la piel en el punto en que se hicieron las aplicaciones de pasta de Viena se presentaba de un color amarillo no muy pronunciado. Vemos pues por lo que acabamos de decir que todo derrame en la cavidad peritoneal era imposible; ademas no solo existian adherencias en los puntos indicados, sino que tambien las habia en el fondo mayor del estómago con la cara cóncava del hígado.

Las paredes del estómago reblandecidas, fáciles de desgarrar á la mas ligera traccion estaban interiormente barnizadas con un color morado y en los puntos en que se adheria al hígado, una pulgada hácia la izquierda de la cisura interlobular de este, existia una ancha y franca abertura, por donde pasaba libremente el dedo índice y que habia dado paso al estómago, á todo el pus [una libra poco mas ó menos] contenido en el lóbulo izquierdo asiento esclusivo de la enfermedad. Dentro del estómago considerablemente distendido se encontraban muchos coágulos sanguineos, siendo digno de fijar la atencion uno, que atravesando el piloro, se estendia en una estension de doce pulgadas á través de los intestinos; este coágulo poseia la consistencia necesaria, para no romperse cuando se le tenia suspendido por uno de sus estremos: su forma era espiral y en toda su estension se notaban muchas depresiones ó cinturas.

Los órganos de la cavidad abdominal á escepcion del pancreas que se encontraba bastante rojo, nada ofrecian de anormal.

NUM. 13.

Setiembre 20 de 1857.

Gilbert Trilbeaux, natural de Francia, blanco, bastante robusto, de 33 años de edad y oficio maquinista, empezó á sufrir del hígado hace el espacio de tres meses y al presente le aqueja un absceso de aquella viscera, bastante circunscripto, manifiestamente fluctuante y que ha dado lugar á que se presente en la piel que lo cubre una sensacion de pastosidad de las mas claras. Limitado el foco del pus al lóbulo izquierdo del hígado forma un pronunciado relieve en el hipocondrio, no despertando mas trastornos que un poco de fiebre anorexia, sed, y sufusion ictérica de las conjuntivas. El hombro derecho duele pero poco; hay calofrios repetidos, dolores pungitivos al hipocondrio é insomnio.

Sometido este individuo al tratamiento necesario, con seis aplicaciones de la pasta se puso el absceso en estado de que se le abriese, lo que se hizo con el bisturí el 1.° da Octubre evacuándose 10 onzas de pus hepático. En los dias sucesivos, se emplearon las inyecciones detersivas y las de yodo, pero aumentando rápidamente las proporciones de esta sustancia hasta que el 9 de Noviembre la curacion era definitiva.

Pocos dias despues nuestro enfermo regresaba para Europa; el hígado habia recuperado sus dimensiones normales y la salud de Trilbeaux era perfecta.

NUM. 14.

Octubre 16 de 1857.

Juan Vicuña, negro de 23 años, ingresó al Hospital en el dia de la fecha.

Una hepatitis descuidada por el enfermo en su principio y cuya marcha no pudo ser detenida despues, á pesar de un método curativo enérgico y dirigido con perseverancia, ha determinado la formacion de un absceso que produce los trastornos siguientes: elevacion sensible del lado derecho del torax; desaparicion de los últimos espacios intercostales y dolor pungitivo espontáneo que se hace vivísimo, cuando se le provoca por la palpacion en cualquiera de los puntos comprendidos entre el hipocondrio derecho y el epigastrio y especialmente en el límite de estas dos regiones. Inmediatamente debajo del apéndice jifoides se nota un tumor de superficie igual y resistente; la piel que lo cubre nada ofrece de especial y la mensuracion del pecho en su base dá un esceso de algunas líneas del lado derecho sobre el opuesto.

La percusion suministra resultados importantes; practicada en el lado del torax correspondiente al hígado, se advierte que desde la primera costilla hasta el borde inferior de la cuarta, la sonoridad es normal y que desde este último punto hasta pulgada y media mas abajo de las últimas costillas el sonido claro vá perdiéndose poco á poco y concluye por desaparecer. Esto se nota en la parte anterior del pecho; por lo que hace á la posterior la matitez es completa en todo el espacio comprendido, entre la novena vertebra dorsal y la primera lumbar.

Percutiendo trasversalmente se conoce que el hígado se estiende desde la columna vertebral hasta el epigastrio ocupando esta region casi totalmente; en la mitad anterior del hipocondrio izquierdo, existe un sonido timpánico, debido sin duda á la presencia del estómago. La percusion del pulmon izquierdo nada ofrece de particular y la auscultacion manifiesta en él la respiracion pueril: en el derecho el murmullo vesicular está disminuido y acompañado de algunas burbujas de estertor mucoso. La toz es ligera y falta absolutamente la espectoracion; hay disnea. La percusion de la region correspondiente al corazon es normal y los latidos de este órgano, lo mismo que su posicion y sus ruidos, son perfectamente fisiológicos. El pulso duro y frecuente dá 100 por minuto. La piel está caliente y árida y la lengua saburrosa ofrece rojos su punta y bordes; hay disorexia, sed intensa, amargor de boca, cólicos especialmente despues de la ingestion de los alimentos, meteorismo, diarrea aunque no frecuente, color ictérico de las conjuntivas é insomnio ocasionado por la violencia de los dolores al hipocondrio. No hemos podido apreciar la fluctuacion y el paciente algo demacrado se mantiene aun bastante fuerte.

Tratamiento—El dia 17 se aplica la pasta de Viena sobre el punto mas saliente del tumor y se conceden alimentos. Cinco dias despues, es decir el 22, se hace la puncion con el trocar y se evacuan 14 onzas de pus; este dia se inyectó agua tibia é inmediatamente despues yodo á la dósis de un quinto. Dia 23. En la mañana síntomas gravísimos anuncian un desenlace funesto; la frecuencia, pequeñez y viveza del pulso, la tumefaccion considerable del abdomen, el dolor intenso que presenta este en todos sus puntos, la frecuencia de los vómitos, la infrigidacion de las estremidades y la profunda alteracion de las facciones acusan una peritonitis por perforacion que mata al individuo en el espacio de cinco horas.

Autopsia—Abierta la cavidad abdominal se encuentra el hígado sólidamente adherido á sus paredes, lo mismo que al diafragma y una perforacion al nivel del epigastrio que habia dado paso á la cavidad peritoneal á todo el pus contenido en el foco. El resto de las visceras del abdomen lo mismo que los pulmones, corazon y cerebro se encontraban en estado fisiológico.

NUM. 15.

Febrero 17 de 1858.

Gregorio Garcia, negro, labrador, de 25 años, temperamento bilioso, ingresó á nuestro servicio en la fecha arriba indicada.

SÍNTOMAS LOCALES—En el lado derecho del abdomen se presenta una salida bastante fuerte que propagándose hasta la base del torax, ha borrado completamente los últimos espacios intercostales ofreciéndose en lugar de ellos, una superficie convexa é igual que se estiende desde la sesta costilla, hasta la cresta del ileon. La sensibilidad está exaltada en toda la estension de la superficie tumefacta y medidas alternativamente ambas mitades laterales del pecho en su base, se obtiene al nivel de la novena costilla, un esceso de dos y media pulgadas del lado derecho sobre el izquierdo. La piel que reviste las regiones enfermas no ofrece cambio alguno en su coloracion y deja sentir una pastosidad considerable. La percusion del torax pone de manifiesto un sonido mate que comenzando al nivel de la sesta costilla, va disminuyendo progresiva é insensiblemeute hasta dos traveses de dedo sobre la cresta del ileon, donde el sonido es perfectamente claro. En sentido trasversal, la sonoridad falta desde el raquis hasta el epigastrio. No nos ha sido posible encontrar fluctuacion alguna y la inspeccion, palpacion, percusion y auscultacion de la region precordial, no suministran signo alguno patológico. Percutiendo los pulmones por la parte posterior encontramos, que en el izquierdo la sonoridad es normal en toda su altura y en el derecho se presenta una submatitez al nivel de la quinta costilla; una pulgada mas abajo la matitez es completa. El murmullo vescicular exagerado en el pulmon izquierdo, es débil en el vértice del opuesto y nulo en su base.

SÍNTOMAS GENERALES—El individuo está muy poco demacrado; sus ojos están teñidos de amarillo, los pómulos salientes y su frente se cubre á menudo de un sudor abundante y viscoso que durante la noche se hace estensivo á todo el cuerpo.—Hay disnea, toz rara y esputos puramente mucosos; el pulso algo frecuente y blando dá 104 pulsaciones por minuto. La calorificacion está aumentada. Hay anorexia, sed, la lengua está cubierta de una capa ligeramente blanquecina, las encías pálidas; existen náuseas, vómitos raras veces y diarrea frecuente de un color verde pronunciado. La orina es abundante y roja: no contiene azúcar y sí la materia colorante de la bilis en abundancia.

En este enfermo como generalmente sucede, el dolor del hipocondrio se irradia al hombro y los calofrios son frecuentes y violentos.

TRATAMIENTO—El mismo dia que el enfermo tomó cama en nuestro servicio, se hizo uso de la pasta de Viena y se ordenó una buena alimentacion, continuando el paciente bajo este régimen sin que sobreviniese cambio alguno hasta el dia 26, en que la puncion dió salida á la enorme cantidad de 2 libras 2 onzas de pus. Mientras este líquido se derramaba fué tal la postracion que sobrecogió al paciente, que por un momento concebimos sérios temores por su existencia, pero un instante despues á tan alarmante estado sostituyó la calma mas completa.

Desde esta última fecha hasta el 15 de Marzo, el individuo continúa bien; se derrama pus todos los dias, pero en pequeña cantidad; se hacen inyecciones detersivas y tambien de yodo. El dia 16 despues de haber inyectado esta última sustancia sobrevienen vómitos, y un dolor vehemente al hipocondrio: se administra un grano de ópio, se deja á dieta al paciente y todo desaparece. El 17 solo se emplean las inyecciones detersivas y hasta el dia 24 todo marcha perfectamente bien. El 26 al evacuar el pus contenido en el foco, se nota que sale primero este líquido de un color verde muy oscuro y despues bilis pura y en bastante cantidad. Durante tres dias consecutivos se presenta igual fenómeno, pero al fin desaparece completamente.

Hasta el dia 24 de Abril la curacion progresa aunque muy lentamente; las fuerzas cobran poco á poco su vigor, el volúmen de la viscera se reduce, el pulso cae y el enfermo puede dejar la cama y pasearse por el Hospital. El pus no deja de salir pero cada dia en cantidad menor; se coloca una mecha en la abertura fistulosa para impedir que se oblitere. Este mismo estado persiste sin cambio alguno sensible hasta mediados del mes de Junio, época en que casi agotada la supuracion y vuelto Garcia á una salud perfecta, se retira la mecha puesta en el hígado y suspendiéndose todo tratamiento, se deja á solo las fuerzas de la naturaleza el cuidado de obliterar definitivamente el foco hepático. El 14 de Julio algunas gotas de pus manchan todavia las piezas de apósito. En los dias 15, 16 y 17 se practican pequeñas inyecciones de vino y el 18 deja nuestro enfermo el Hospital sin conservar vestigio alguno de su enfermedad.

NUM. 16.

Febrero 27 de 1858.

Mariano de la Cruz, negro, de 30 años, temperamento sanguineo, tomó cama en el Hospital en el dia arriba espresado, despues de haber permanecido tres dias enfermo en la calle sin proporcionarse asistencia alguna. Cuando le vimos, presentaba todos los caracteres de una hepatitis aguda; dolor al hipocondrio trasmitido al hombro, aumento de volúmen del hígado, nauseas, vómitos biliosos, diarrea de la misma naturaleza, color ictérico de las conjuntivas, lengua saburrosa, sed, calorificacion aumentada, cefalalgia y pulso frecuente y muy desarrollado: lo sangramos y lo sometimos al uso del calomel á dósis alterante.

El 28 el enfermo está un poco mejor; hay menos sensibilidad al hipocondrio, los vómitos son menos

frecuentes y el pulso se ha domado un poco. Continúa el calomel bajo la misma forma que la víspera.

El 1°. de Marzo continúa el mismo estado y se in siste en el régimen prescrito.

El dia 2 en la mañana le acomete al paciente un fuerte acceso de toz y arroja con gran sorpresa nuestra, una enorme cantidad de pus con los caracteres que este líquido toma cuando se forma en el hígado. Faltos de todo síntoma que despertase nuestra atencion y teniendo en cuenta la reciente existencia de la enfermedad y los síntomas que arriba hemos apuntado, ni siquiera una sospecha abrigábamos de que este enfermo tuviera un absceso de aquella viscera y solo la salida del pus nos hizo comprender la verdad; auscultamos al individuo y en la base del pulmon derecho, notamos la existencia de los signos que caracterizan una caverna.

En presencia de un cambio tan inesperado como sú bito, necesario fué cambiar el plan curativo seguido has ta entónces y abandonando el calomel, se echó mano de los espectorantes.

El dia 3. La espectoracion continúa abundante; el dolor del hipocondrio no existe y la fiebre ha remiti do: se ordena un grano de Quermes 3 veces al dia y leche por alimento. Bajo este régimen continuó el en fermo hasta el dia 6 época en que la espectoracion casi habia desaparecido y la mejoria se habia pronunciado mucho. El dia 7 en lugar del Quermes se usa el bál samo de Copaiba; la espectoracion es casi del todo mu cosa, el estertor cavernoso ha sido reemplazado por el mucoso de gruesas burbujes y finalmente á partir de esta fecha hasta el 11 de Abril, la espectoracion cesa en lo absoluto, los síntomas patológicos que el pulmon re- velaba se disipa, el hipocondrio vuelve al estado normal, las fuerzas renacen y el individuo deja el Hos pital completamente restablecido.

Singular y evidentemente admirable es la marcha que la enfermedad ha seguido en el caso que nos ocupa; en nueve dias el hígado se inflama, una parte de su pa renquima se convierte en un foco de pus que se escreta á través de los pulmones sin que antes de esto, el mas ligero trastorno hubiese hecho sospechar tal alteracion y luego en cortísimo tiempo se reparan tantos y tan gra ves desórdenes.

FIN.

V°. B.°—

ANTONIO E. D'ORNELLAS.

IMPRESO POR JOSE MARIA MONTEROLA.